



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2020

Thèse N° 070/20

AUTOMUTILATION DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

(A propos de 8 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 01/07/2020

PAR

M. SOUFIAN SALIH

Né le 01 janvier 1989 à Sefrou

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Automutilation - Génitale - Verge - Bourses - Psychose

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN..... PRESIDENT ET RAPPORTEUR
Professeur d' Urologie

M. MELLAS SOUFIANE.....
Professeur d'Anatomie

M. TAZI MOHAMMED FADL.....
Professeur d'Urologie

M. EL AMMARI JALAL EDDINE.....
Professeur d'Urologie

M. AHSAINI MUSTAPHA Membre Associé
Professeur Assistant d'Urologie

JUGES

PLAN

INTRODUCTION.....	5
PARTIE THEORIQUE.....	6
I. Définition et description des automutilations	7
1. <i>Définition</i>	7
2. <i>Classifications des automutilations</i>	8
3. <i>Nosographie</i>	9
II. Rappel Anatomique.....	10
1. <i>Embryologie</i>	10
2. <i>Anatomie descriptive</i>	11
3. <i>Anatomie de la verge</i>	11
3.1 Organe érectile	12
a. Corps caverneux.....	12
b. Corps spongieux.....	12
c. Gland.....	12
3.2 Enveloppe	13
3.3 Prépuce.....	16
3.4 Ligament suspenseur de la verge.....	16
3.5 Muscles annexes aux organes érectiles.....	16
3.6 Vascularisation de la verge.....	16
a. Artères.....	16
b. Veines.....	18
c. Lymphatiques.....	18
3.7 Innervation	20
a. Somatique.....	20
b. Végétative.....	21
4. <i>Anatomie des testicules et voies spermatiques</i>	22

4.1	Testicules.....	25
4.2	Spermatique.....	25
4.3	Vestiges embryonnaires.....	25
4.4	Enveloppes	25
4.5	Vascularisation.....	27
	a. Artères.....	27
	b. Veine.....	27
	c. Lymphatiques.....	30
III.	Historique.....	31
IV.	Diagnostic clinique des automutilations génitales.....	33
	1. <i>Description clinique des automutilations génitales.....</i>	33
	2. <i>Automutilation génitale et pathologie psychiatrique.....</i>	33
	3. <i>Diagnostic différentiel.....</i>	34
V.	Traitement.....	39
VI.	Evolution et pronostic.....	51
PARTIE PRATIQUE		
	Matériels et méthodes	54
	Résultats	55
	I. <i>Epidémiologie.....</i>	55
	II. <i>Données anamnestiques.....</i>	56
	III. <i>Diagnostic positif.....</i>	58
	IV. <i>Traitement.....</i>	61
	V. <i>Durée moyenne d'hospitalisation.....</i>	65
	VI. <i>Evolutions - Complications.....</i>	70
	VII. <i>Avis psychiatriques.....</i>	70

DISCUSSION	71
CONCLUSION	82
ANNEXES	84
RESUME	87
BIBLIOGRAPHIE.....	91

INTRODUCTION :

Les automutilations des organes génitaux externes sont des blessures infligées aux organes génitaux externes, le plus souvent sans intention suicidaire, la première description scientifique a été faite par STROCH en 1901, avec peu des cas qui ont été publiés dans la littérature, l'automutilation survient dans la majorité des cas sur un terrain psychotique mais elle peut être secondaire à d'autres troubles tels que la dysfonction érectile et chez les patients transsexuels.

A travers l'étude rétrospective de nos huit cas entre janvier 2010 et décembre 2019, nous ferons le point sur les mécanismes psychopathologiques responsables de cette affection ainsi que les modalités de prise en charge urologique et psychiatriques

Lors de cette étude nous rapportons une série de cas de sexe masculin âgés entre 30 ans et 55 ans, le type de lésion est variable : 7 cas d'amputation totale ou partielle de la verge et un seul cas d' autocastration des testicules. 90% des cas étudiés avaient présentés un terrain psychiatrique.

L'automutilation génitale est une situation très grave, mais fort heureusement rare, qui a des significations psychiatriques très importantes et des répercussions urologiques et sexuelles parfois très handicapantes. Sa gestion impose une collaboration étroite dès l'admission entre urgentistes, urologues et psychiatres.

PARTIE THEORIQUE

I. Définition et description des automutilations :

1. Définition :

La littérature sur l'automutilation se fait plus dense depuis quelques années et au croisement de plusieurs disciplines, elle n'est pas un objet purement psychiatrique. Au sein des écrits portant spécifiquement sur la question psychiatrique, la multiplication des définitions témoigne d'un débat fourni.

Reprenant l'étymologie, le terme « mutilation » vient du latin *mutilare* et signifie mutiler, retrancher, couper, estropier, diminuer, amoindrir (Gaffiot). Il apparaît que la notion de mutilation conserve en français cette polysémie, au sens où la conséquence fonctionnelle peut être transitoire ou définitive. La préfixe « auto » indique que le comportement est « réfléchi » sur le corps propre [8].

Une définition fréquemment reprise comme référence commune est celle que donne Lorthiois (9) :

« L'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des Tissus ou des organes ; on peut la définir comme une atteinte portée à l'intégrité du corps ; elle peut consister soit en la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes ; soit enfin dans des manœuvres (combustion, striction, introduction de corps étrangers) pouvant compromettre sa vitalité et son bon fonctionnement sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort. » [10]

Une formule proche, plus concise est proposée par Bernard Richard : « Altération intentionnelle, consciente et directe des tissus de l'organisme, sans volonté de mourir » [11]

Une définition aussi large recouvre nécessairement des comportements hétérogènes. Les différents auteurs proposent régulièrement une discussion sémantique. Lambert et Venisse font une analyse sémantique systématique qui

laisse apparaître « les multiples aspects de ces conduites» [12]. Loin de clore cette question, nous proposons qu'elle nous accompagne afin de dégager les concepts qui sous-tendent cette hésitation terminologique.

2. Classification des automutilations :

La classification la plus utilisée est celle de Favazza [13]. Elle repose sur une distinction entre les automutilations majeures, stéréotypées, superficielles ou modérées.

L'automutilation majeure est la plus extrême et la plus rare. Elle entraîne beaucoup de dommage des tissus corporels par exemple, la castration, l'énucléation, l'amputation. Cette forme d'automutilation est généralement associée à la psychose [14].

L'automutilation stéréotypée se manifeste généralement chez les personnes avec des déficiences intellectuelles importantes, chez les autistes, les psychotiques et certains troubles neurobiologiques tels que le syndrome de Gilles de la Tourette. Elle se manifeste par des schémas de comportements rythmiques. Ils ont comme particularités l'absence de planification, de participation émotionnelle et de détresse psychologique. [14].

L'automutilation dite superficielle ou modérée, elle est la plus commune.

Cette forme regroupe les comportements qui aboutissent à un geste délibéré de destruction corporelle sans intention létale [14]. On y retrouve les comportements compulsifs ainsi que les comportements épisodiques comme se couper la peau, se brûler, etc. C'est cette forme d'automutilation qui a une prévalence élevée chez les adolescentes. Les comportements considérés autodestructeurs comme la toxicomanie, l'anorexie mentale en sont exclus, car ils n'occasionnent aucun dommage direct aux tissus corporels. En sont exclues

également : les blessures graves imposées par un délire ou une désorganisation de la pensée ; l'automutilation associée à une déficience ou à une dysfonction neurologique ; ainsi que les tentatives de suicide.

En outre, en 1938, Menninger proposa une classification impliquant cinq catégories : les automutilations névrotiques, religieuses, psychotiques, des maladies organiques et l'automutilation habituelle pouvant revêtir un caractère anxiogène [15].

3. Nosographie

Nombreux termes ont été utilisés pour désigner l'automutilation, tel le para suicide, les comportements suicidaires, l'auto agression, l'autodestruction, la simulation de suicide, la lacération des poignets, l'acte autodestructeur délibéré, le comportement automutilatoire, l'automutilation non suicidaire et les blessures volontaires.

En Anglais, on trouve les termes suivants : deliberate self harm, self mutilation, self-harm, self-injury ainsi que self-inflicted violence.

Aucun critère diagnostique n'est défini pour l'automutilation dans le DSMIV-TR et dans la CIM-10. Elle est souvent perçue comme étant un symptôme à des troubles spécifiques. Une proposition a été effectuée en 2010 pour inclure «Automutilation non-suicidaire » en tant que diagnostic distinct dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) [16].

II. Rappel Anatomique

Introduction :

Le pénis est l'organe de la copulation et de la miction chez l'homme. Cette double fonction est assurée grâce au tissu érectile et à l'urètre. Le tissu érectile pénien est constitué de deux corps caverneux, qui assurent la rigidité pénienne pendant l'érection, et d'un corps spongieux. L'urètre conduit le sperme, accumulé dans le sinus prostatique au cours de la phase d'émission, et l'urine stockée dans la vessie entre les mictions.

Le pénis est situé au-dessus des bourses, à la partie antérieure du périnée, en avant de la symphyse pubienne. La forme et la direction du pénis varient selon l'état de flaccidité ou d'érection.

A l'état flaccide, le pénis a la forme d'un cylindre aplati d'avant en arrière. Ses dimensions, très variables suivant les individus, sont en moyenne de 10 cm pour la longueur et de 9 cm pour la circonférence. Il a la forme d'un prisme triangulaire à bords arrondis, les bords latéraux correspondent aux corps caverneux et le bord antérieur au corps spongieux qui entoure l'urètre.

En érection, son volume augmente, il devient rigide et se dresse en avant de l'abdomen avec lequel il forme l'angle abdomino-pénien, il mesure alors en moyenne 15 cm de long et 12 cm de circonférence.

1. Embryologie

A 3 semaines, la membrane cloacale est au contact du cordon ombilical. A 4 semaines, elle s'en éloigne pour former la paroi abdominale antérieure. A 7 semaines, elle se divise en membranes urogénitale en avant et anale en arrière séparées par le périnée. A 9 semaines, la membrane urogénitale disparaît ouvrant le sinus urogénital à l'extérieur. Le pénis se différencie pendant le 3^e mois.

La réunion des tubercules génitaux sur la ligne médiane donne naissance aux deux corps caverneux qui s'accoient l'un à l'autre. Ils s'insèrent par leur racine en arrière sur les branches ischiopubiennes du bassin osseux. Le développement de l'extrémité distale du sinus urogénital et du bourgeon urétral forme une gouttière pour l'urètre bulbaire et pénien constituée de tissu spongieux se terminant à l'extrémité du pénis par le gland. Cette gouttière se referme progressivement d'arrière en avant pour ne laisser apparaître que l'orifice externe de l'urètre : le méat urétral. [147]

2. Anatomie descriptive

Le pénis est constitué par les corps érectiles : les deux corps caverneux (corpus cavernosum penis) et le corps spongieux (corpus spongiosum penis) pénétré par l'urètre, entourés par leurs enveloppes. Le pénis peut être divisé en trois parties : postérieure ou racine (fixe) qui appartient au périnée antérieur, moyenne ou corps du pénis et antérieure ou gland.

3. Anatomie de la verge :

La verge est constituée par des organes érectiles (corps caverneux, corps spongieux, gland) entourés par des enveloppes. Sujette à de nombreuses variations individuelles, la verge mesure en moyenne : à l'état de flaccidité, 9 cm de long et 9 cm de circonférence, à l'état d'érection : 13 cm de long et 12 cm de circonférence.

La face dorsale est la face supérieure de la verge en position d'érection. La face ventrale correspond à la face inférieure en rapport avec l'urètre et le corps spongieux.

3.1 Organes érectiles :

a. Corps caverneux :

Chaque corps caverneux a la forme d'un cylindre aplati. La racine des corps caverneux est solidement attachée aux branches ischiopubiennes sur leurs bords externes et recouverte par le muscle ischiocaverneux sur sa face inférieure.

Dans leurs trois quarts distaux, ils se disposent comme le canon d'un fusil à deux coups, séparés uniquement par un septum commun.

À la face supérieure, ils limitent une gouttière longitudinale où passent la veine dorsale profonde, les artères dorsales et les nerfs dorsaux de la verge.

À la face inférieure, la gouttière urétrale accueille le corps spongieux et l'urètre.

a. Corps Spongieux :

Situé dans la gouttière urétrale, le corps spongieux présente une extrémité antérieure très mince et une extrémité postérieure appelée bulbe.

Le corps spongieux a sa propre tunique albuginée recouverte par propre fascia, émanation du fascia de Buck. Cette dernière le sépare des corps caverneux, mais ces trois structures sont intimement enchâssées les unes dans les autres. Quelques vaisseaux communicants traversent cette enveloppe, néanmoins le corps spongieux pourrait être séparé des corps caverneux si cela devenait nécessaire au cours d'interventions chirurgicales.

b. Gland :

Percé à extrémité supérieure par le méat urétral, le gland est séparé du reste de la verge par le sillon balanopréputial, sauf sur la ligne médiane où le prépuce vient s'attacher au gland par l'intermédiaire du frein.



Figure 1 : vue cadavérique de la verge disséquée

3.2 Enveloppe :

Elles sont au nombre de quatre, de la superficie à la profondeur :

La peau, très mobile à cause de sa couche celluleuse sous-jacente, peut en contrepartie se laisser infiltrer par de volumineux œdèmes ;

Le dartos pénien, en continuité avec le dartos scrotal ; une couche celluleuse qui contient les vaisseaux et nerfs superficiels ;

Une enveloppe fibroélastique ou fascia pénis ou fascia de Buck. Elle adhère aux corps caverneux et spongieux. Elle se termine en avant avec l'albuginée des corps caverneux et spongieux. En arrière, cette enveloppe se prolonge avec l'aponévrose superficielle du périnée et le ligament suspenseur de la verge ; en bas, avec la fibreuse superficielle des bourses. Cette enveloppe recouvre les vaisseaux profonds et les nerfs dorsaux ainsi que leurs ramifications.

3.3 Prépuce :

Il est constitué par un repli de la peau du pénis sur le gland. Il comporte une surface extérieure cutanée, une surface intérieure muqueuse, une circonférence postérieure correspondant au sillon balanopréputial, et une circonférence antérieure libre.

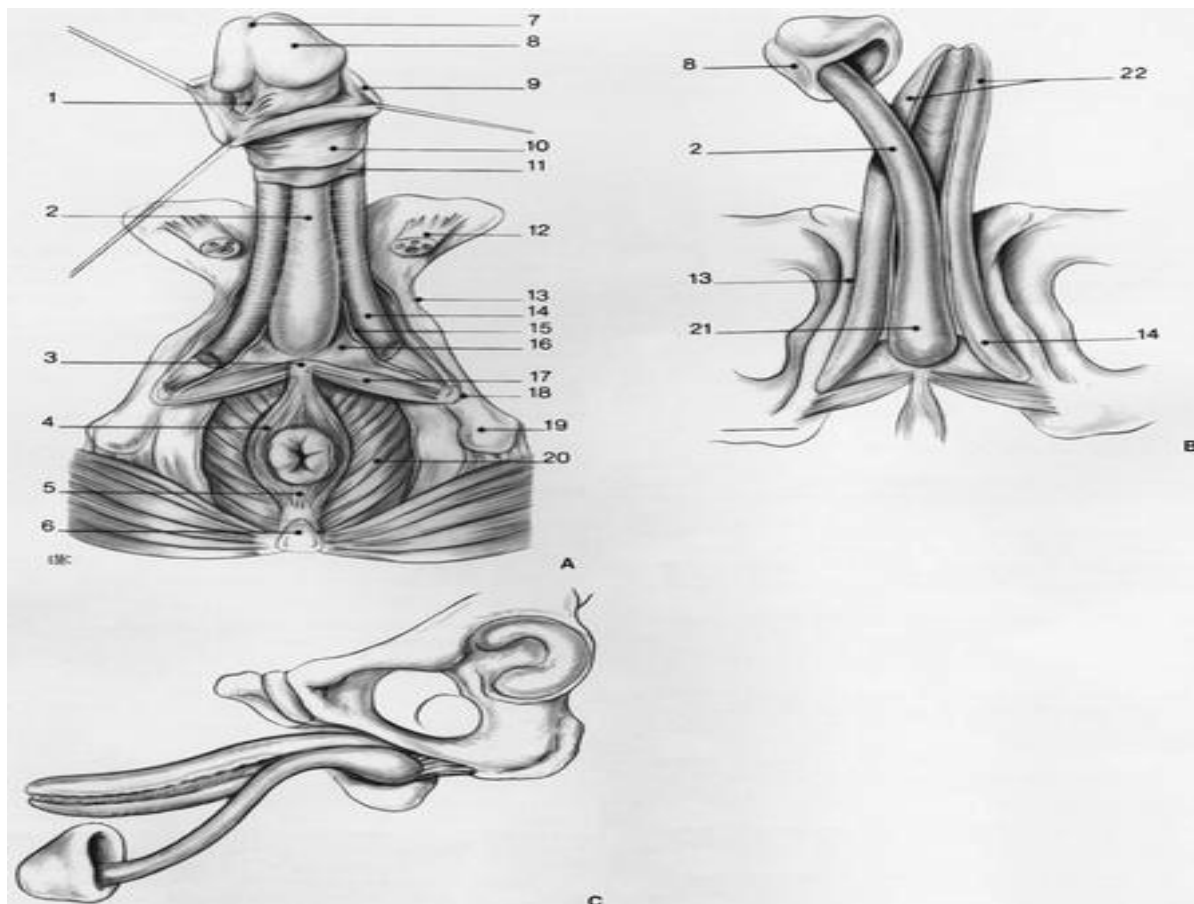


Figure (2.A.B.C)

Organes érectiles, la verge rapports avec le périnée.

1. Frein ; 2. Corps spongieux ; 3. Noyau fibreux central du périnée ; 4. Sphincter externe de l'anus ; 5. Muscle anococcygien ; 6. Coccyx ; 7. Méat urétral ; 8. Gland ; 9. Prépuce ; 10. Peau ; 11. Dartos ; 12. Cordon spermatique ; 13. Branche ischiopubienne ; 14. Corps caverneux ; 15. Fascia de Colles ; 16. Aponévrose périnéale ; 17. Muscle transverse superficiel ; 18. Bord aponévrotique ; 19. Ischion ; 20. Muscle releveur de l'anus ; 21. Bulbe de l'urètre ; 22. Corps caverneux du pénis.

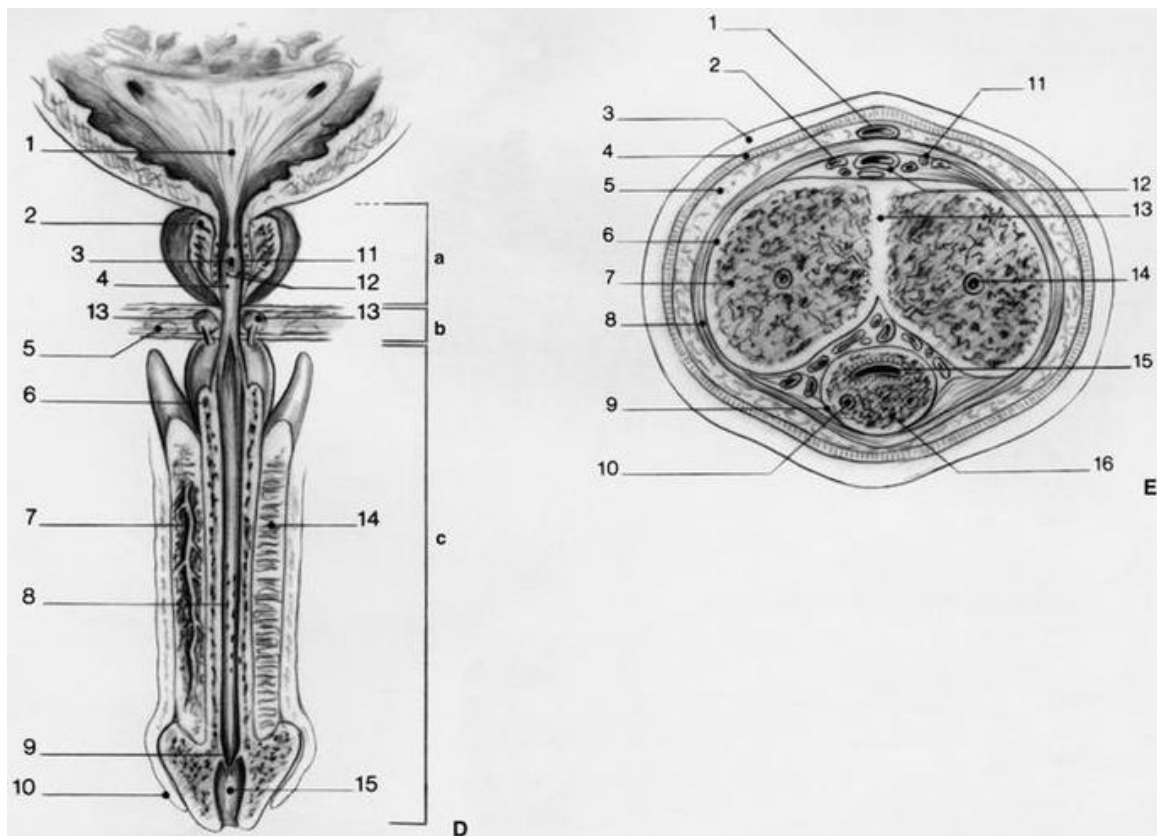


Figure (3.D.E.F)

D. Coupe longitudinale de l'urètre masculin. a. Partie prostatique ; b. partie membraneuse ; c. partie spongieuse ; 1. Trigone vésical ; 2. Prostate ; 3. Utricule ; 4. Crête urétrale ; 5. Diaphragme urogénital ; 6. Corps spongieux ; 7. Artère profonde du pénis ; 8. Lacunes urétrales ; 9. Valvule de la fossette naviculaire ; 10. Prépuce ; 11. Follicules seminalis ; 12. Ostium des conduits éjaculateurs ; 13. Glande bulbo-urétrale ; 14. Corps caverneux ; 15. Fossette naviculaire.

•E. Verge : coupe transversale. 1. Veine dorsale superficielle ; 2. Artère dorsale ; 3. Peau ;

4. dartos ; 5. Couche celluleuse ; 6. Albuginée des corps caverneux ; 7. Corps caverneux ;

8. fascia penis ; 9. Albuginée du corps spongieux ; 10. Artère bulbo-urétrale ; 11. Nerf dorsal ; 12. Veine dorsale profonde ; 13. Cloison des corps caverneux ; 14. Artère caverneuse ; 15. Urètre ; 16. Corps spongieux

3.4 Ligament suspenseur de la verge

La base du pénis est attachée à la paroi abdominale par trois lames fibreuses :

- une lame médiane qui s'insère sur la partie inférieure de la ligne blanche et la symphyse pubienne. Le bord inférieur de cette lame se divise en deux feuillets rejoignant les corps caverneux de part et d'autre du sillon contenant la veine dorsale profonde. Il n'est pas utile de la préserver ou de la réparer au cours d'interventions chirurgicales ;
- deux lames latérales d'importance certaine pour maintenir une position correcte pendant l'érection. Ces lames s'attachent à la partie inférieure du pubis et de la symphyse et rejoignent latéralement le fascia de Buck.

3.5 Muscles annexes aux organes érectiles

- Le périnée antérieur superficiel est composé de trois muscles : le transverse superficiel, l'ischiocaverneux et le bulbocaverneux.
- La racine du corps caverneux est enchâssée dans le muscle ischiocaverneux. Le corps spongieux est recouvert du muscle bulbocaverneux jusqu'à sa jonction avec le corps caverneux.
- Le rôle du transverse superficiel est moins important dans la physiologie de l'érection.
- Ces muscles participent à l'érection en comprimant les organes érectiles. Ils chassent le sang dans la partie pénienne des organes, entraînant ainsi une augmentation de la rigidité pénienne.

3.6 Vascularisation de la verge

a. Artères (figure 3 A, B, C, D, E)

Le pénis est vascularisé par deux systèmes artériels :

- un système superficiel alimenté par l'artère honteuse externe (pudendale externe) et la périnéale superficielle à visée trophique ;

- un système profond alimenté par l'artère honteuse interne (pudendale interne), assurant un rôle fonctionnel dans l'érection ;
- un système accessoire (pudental accessoire) venant de l'artère obturatrice ou ischiatique.

Artère superficielle (fig. 3 E)

Elle vascularise la peau du pénis et le prépuce. Elle circule dans la couche celluleuse en avant du fascia de Buck. Branche terminale de l'artère honteuse externe (pudental externe, branche de l'artère fémorale), elle se divise en deux branches : Une ventrolatérale et une dorsolatérale.

Artères profondes

L'artère honteuse interne naît du tronc antérieur de l'artère hypogastrique (iliaque interne). Elle chemine dans l'excavation pelvienne, dans le périnée postérieur, puis antérieur.

En passant sous la symphyse pubienne, elle devient artère dorsale de la verge.

L'artère honteuse interne donne quatre collatérales intéressant les organes génitaux externes :

- périnéale superficielle qui naît au bord postérieur du muscle transverse et donne des branches aux trois muscles périnéaux superficiels ;
- bulbaire (artère du bulbe du pénis) qui naît en avant de la précédente et aborde le bulbe par sa face supérieure ;
- urétrale qui pénètre dans la paroi supérieure du corps spongieux dans tiers postérieur
- caverneuse (artère profonde du pénis) qui naît au même niveau que la précédente et gagne à travers le plan moyen du périnée la face supéro-interne du corps caverneux correspondant. Cette artère va jusqu'au gland en donnant des collatérales appelées artères hélicines

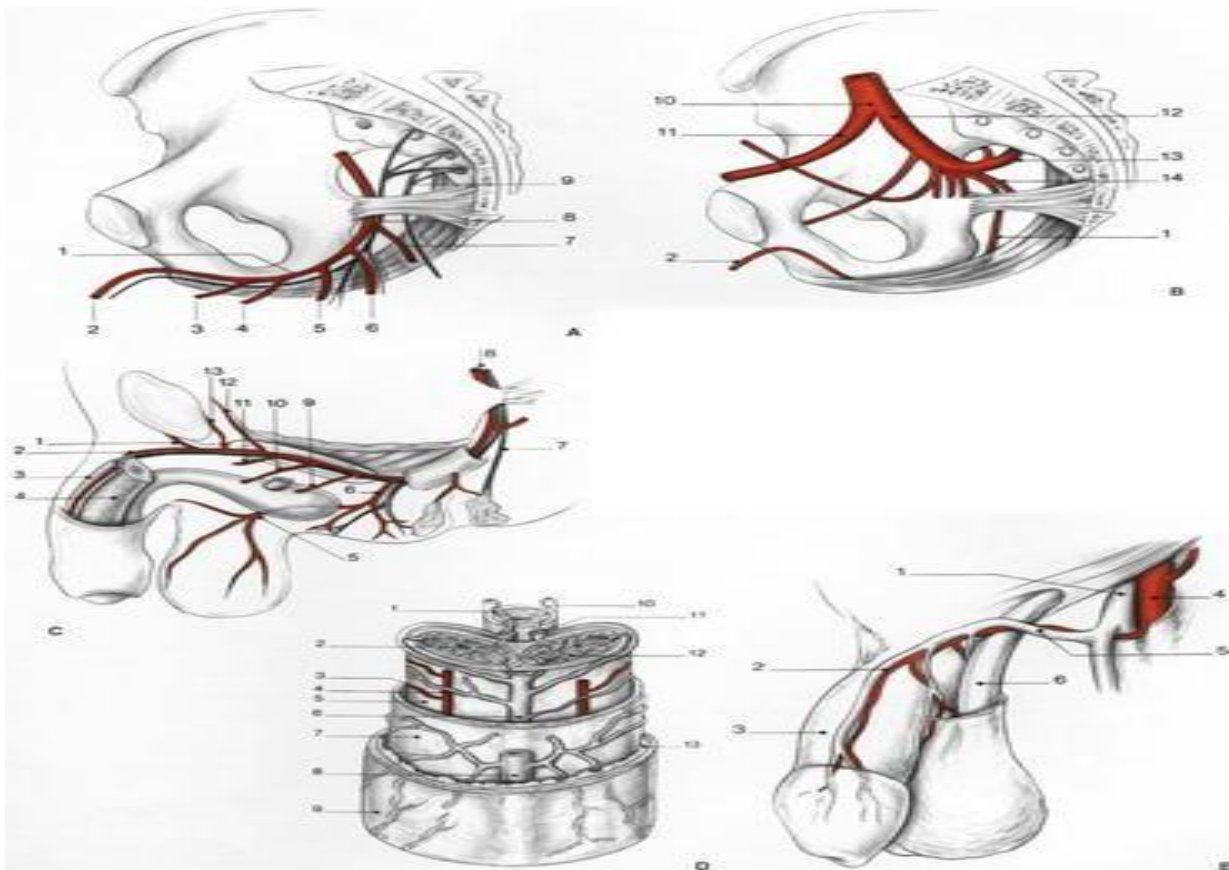
Il existe de nombreuses variations de cette distribution. L'artère dorsale de la verge donne des rameaux au corps caverneux et au corps spongieux (artère péricaverneuse) et se dirige vers le gland pour le vasculariser. Juste avant le sillon balanopréputial, elle prend une position ventrolatérale et donne une branche destinée au prépuce (artère du frein).

b. Veines (fig. 3 D)

Trois systèmes drainent le pénis. Le réseau superficiel draine le prépuce, la peau, et le tissu sous-cutané. De multiples veines superficielles se drainent dans la veine dorsale superficielle qui peut parfois être double. Celle-ci se jette le plus souvent à gauche, dans la veine saphène interne. Ce réseau circule au-dessus du fascia de Buck. Le réseau intermédiaire, composé de la veine dorsale profonde et des veines circonflexes, draine le gland, le corps spongieux et les deux tiers distaux des corps caverneux. La veine dorsale profonde provient de la réunion de deux plexus formés par la réunion des veines du gland. Ce réseau circule sous le fascia de Buck entre les deux artères. La veine dorsale profonde rejoint le plexus de Santorini via le ligament suspenseur. Le réseau profond est composé de la veine caverneuse et de la veine bulbaire qui se jettent dans la veine honteuse interne.

c. Lymphatiques

Les lymphatiques superficielles drainant les téguments de la verge se jettent dans les troncs collecteurs qui se terminent dans les ganglions inguinaux du groupe supéro-interne. Les vaisseaux lymphatiques des organes érectiles et de l'urètre pénien aboutissent soit aux ganglions inguinaux superficiels et profonds, soit aux ganglions iliaques externes rétrocruraux.



(Figure 4 A, B, C, D, E)

- A, B. Branches de l'artère hypogastrique. 1. Artère honteuse interne ; 2. Artère dorsale du pénis ; 3. Artère caverneuse ; 4. Artère bulbo-urétrale ; 5. Artère et nerf périnéaux profonds ; 6. Artère et nerf périnéaux superficiels ; 7. Artère hémorroïdaire ; 8. Nerf honteux interne ; 9. Nerf anal ; 10. Artère iliaque commune ; 11. Artère iliaque externe ; 12. artère iliaque interne ; 13. Artère glutéale supérieure ; 14. Artère glutéale inférieure (ischiatique).
- C. Artère honteuse interne. 1. Rameau présymphysaire ; 2. artère et nerf dorsaux du pénis ; 3. veine dorsale profonde du pénis ; 4. corps caverneux ; 5. artère périnéale superficielle ; 6. artère périnéale ; 7. Nerf rectal inférieur ; 8. artère et nerf honteux interne ; 9. artère du bulbe du pénis ; 10. artère urétrale ; 11. artère profonde du pénis ; 12. Rameau vésical antérieur ; 13. Rameau rétrosymphysaire.
- D. Vascolarisation de la verge (d'après Pillet). 1. Veines urétrales ; 2. artère caverneuse ;
 3. branche de l'artère dorsale de la verge ; 4. Artère dorsale ; 5. Albuginée du corps caverneux ; 6. Veine dorsale profonde ; 7. Fascia penis ; 8. Veine dorsale superficielle ;
 9. dartos ; 10. Veines bulbo-urétrales ; 11. Branches latérales contournant le corps caverneux ; 12. Corps caverneux ; 13. Tissu cellulaire Artère pudendale externe. 1. Veine fémorale ; 2. Branche dorsolatérale ; 3. Fascia penis ; 4. Artère fémorale ; 5. Artère et veine pudendale externe ; 6. Cordon

3.7 Innervation :

a. Somatique

Le nerf honteux interne (pudendal interne) assure l'innervation somatique sensitivomotrice de la verge. Son origine provient des 2e, 3e, et 4e racines sacrées. Le nerf honteux interne passe sous le ligament sacrosciatique, près de son insertion à l'épine sciatique, au-dessus du ligament sacrotubéreux, dans le canal d'Alcock. Là, il se divise en deux branches terminales : le nerf périnéal et le nerf dorsal de la verge.

Le nerf périnéal présente trois rameaux. Un rameau collatéral, le périnéal externe, qui assurera l'innervation de la partie postérieure du scrotum. Le rameau superficiel du périnée, branche terminale, innerve la face inférieure de la verge et du scrotum. L'autre branche terminale, le rameau bulbo-urétral, donne un rameau qui pénètre dans le bulbe et un autre qui longe la face inférieure du corps spongieux et se perd dans le gland.

Le nerf dorsal de la verge accompagne l'artère et la veine honteuse interne sur la paroi latérale de la fosse ischiorectale. Initialement situé au-dessous des vaisseaux, il les contourne peu à peu pour être situé en dehors d'eux. Après avoir traversé la fosse ischiorectale puis longé la branche ischiopubiennes, il passe sous la symphyse pubienne et gagne la face dorsale de la verge à travers le ligament suspenseur. Situé en dehors de l'artère, il se divise en un rameau interne qui se ramifie au niveau du gland et un rameau externe qui se ramifie sur la face latérale de la verge.

Les nerfs sensitifs sont issus du nerf génitofémoral et du nerf honteux interne (pudendal interne). Issues de la racine L2, les branches génitales du génitofémoral Cheminent sur la face latérale de l'artère iliaque externe puis suivent la face inférieure du cordon pour atteindre le pénis.

b. Végétative

Les nerfs sympathiques sont issus des racines L1 et L2 (nerfs splanchniques pelviens et présacré). Les nerfs parasympathiques sont issus des racines S2, S3, et S4 (nerfs érecteurs d'Eckard). Les nerfs caverneux représentent les branches efférentes les plus basses de ce plexus nerveux hypogastrique. Le plexus nerveux hypogastrique forme deux lames à claire-voie antéro-postérieures. Après avoir délivré des branches antérieures destinées à la vessie et à l'urètre, le plexus se termine en donnant naissance aux nerfs caverneux. Ils longent le bord antérolatéral du rectum. Ils croisent en dehors les bords de l'aponévrose de Denonvilliers puis le muscle recto-urétral. Près de l'apex prostatique, ils prennent un trajet antérieur, passent en dehors de l'apex, puis de l'urètre membraneux, avec lequel ils traversent le périnée, pour aborder les corps caverneux en dessous de la symphyse pubienne.

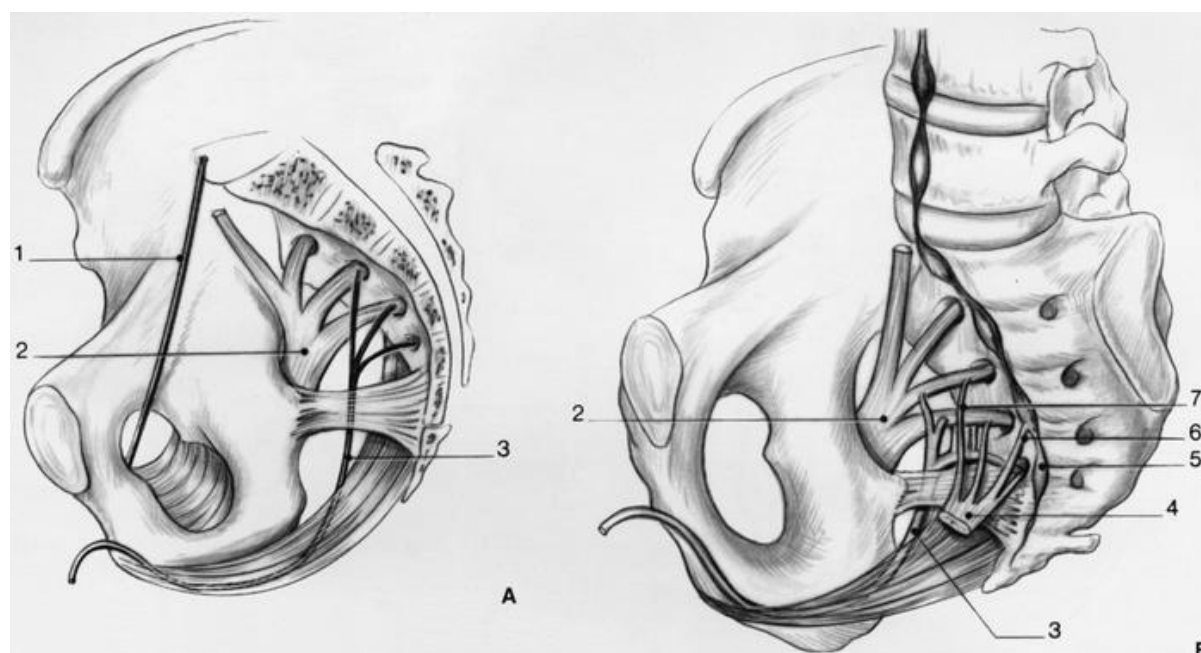


Figure 5 : Nerf honteux interne et plexus pelvien (A, B).

1. Nerf obturateur ; 2. Nerf sciatique ; 3. Racine du nerf honteux interne (S2, S3, S4) : passage du nerf honteux interne en dehors du petit ligament sacrosiatic et dans le canal d'Alcock ; 4. Plexus pelvien ; 5. Chaîne sympathique paravertébrale pelvienne ; 6. Racine sympathique pelvienne du plexus pelvien ; 7. Racine parasympathique du plexus pelvien.

4. Anatomie des testicules et voies spermatiques :

Les bourses forment un sac appendu au périnée antérieur, en dessous de la verge. Elles sont formées par la paroi abdominale refoulée lors de la descente du testicule. Elles contiennent les testicules, une partie de la voie spermatique jusqu'au déférent, inclus dans le cordon spermatique, et des vestiges embryonnaires.

4.1 : Testicules (Figure 6 A)

Situés normalement dans les bourses, le testicule gauche siège classiquement plus bas que le droit. Les testicules peuvent être arrêtés plus tôt dans leur migration. De forme ovoïde, ils mesurent 4 à 5 cm de long, 2,5 cm d'épaisseur et 3 cm de hauteur. La face interne est recouverte par la vaginale. Le bord supérieur et la face externe sont recouverts par l'épididyme. Les vaisseaux abordent le testicule par son bord supérieur. Le bord inférieur ainsi que la queue de l'épididyme donnent insertion au gubernaculum testis.

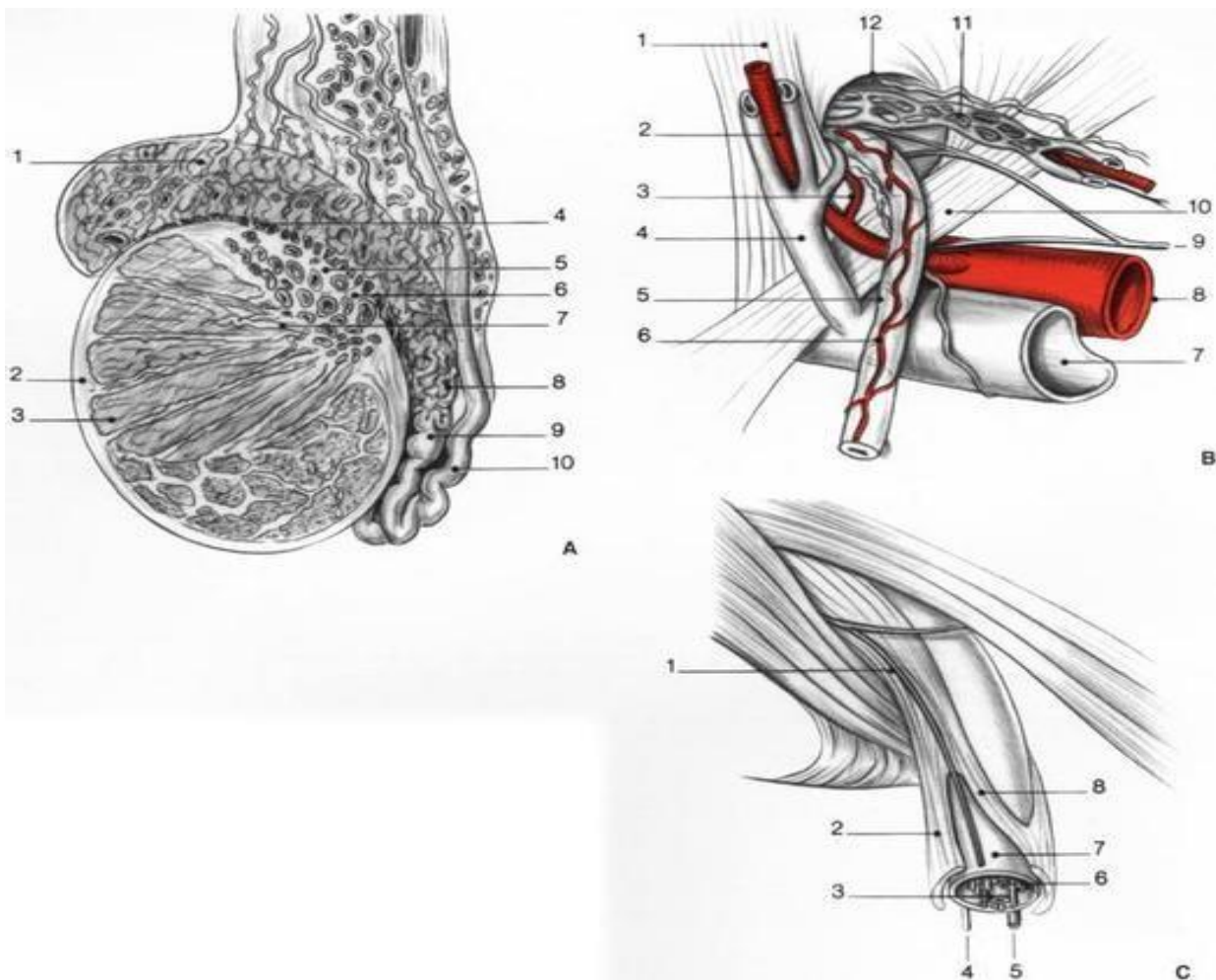
a. Spermatique (figure 6 A, B, C)

Elle véhicule le sperme testiculaire jusqu'à l'urètre et comporte plusieurs segments qui sont dans le sens antégrade :

- Les tubes droits, canaux excréteurs des canalicules séminipares de chaque lobule. Ces tubes droits se jettent dans un réseau anastomotique : le rete testis. Du rete testis partent en parallèle plusieurs (9 à 12) cônes efférents rejoignant le canal épididymaire ;
- L'épididyme, placé sur le testicule à la manière d'un «cimier de casque» (Rouvière). L'épididyme est constitué par le canal épididymaire pelotonné sur lui-même. Il présente trois portions : la tête, le corps et la queue. La tête et le corps sont recouverts par la vaginale et séparés du testicule par un sillon. Au niveau du corps, ce sillon est plus marqué, réalisant la fossette interépididymotesticulaire [13]. La queue de l'épididyme est unie à la face inférieure du testicule par du tissu fibreux. Son extrémité postérieure se

poursuit avec le canal déférent ;

- Le canal déférent présentant plusieurs portions : une épидидymodéférentielle extravaginale, une funiculaire contenue dans le cordon spermatique ;
- Le cordon spermatique comportant les éléments efférents ou afférents de la bourse : le canal déférent, l'artère spermatique, les plexus veineux, les vaisseaux lymphatiques, le ligament de Cloquet ou canal péritonéovaginal.
- Contre le déférent et en arrière, descend l'artère déférentielle. Autour de lui, le plexus veineux spermatique postérieur et, en avant de lui, le ligament de Cloquet. En avant, se place l'artère spermatique entourée par le plexus spermatique antérieur. Tous ces éléments sont entourés par la fibreuse profonde.
- Dans le cordon, le déférent est facilement repérable du fait de sa consistance en « lanière de fouet ». C'est dans sa portion funiculaire que l'on peut facilement le repérer pour l'aborder chirurgicalement et réaliser éventuellement une vasectomie. L'intervention peut se dérouler sous anesthésie locale. Après avoir repéré le déférent par la palpation, on pratique une courte incision transversale jusqu'à la fibreuse commune du cordon. Le tissu cellulaire est disséqué de part et d'autre. On pratique une incision verticale de la fibreuse. On fait saillir le déférent pour permettre de le disséquer sur 2 cm. On résèque un segment de 1 cm de canal. Lier chaque extrémité. Fermer de la peau : dans le canal inguinal le déférent est encore situé dans le cordon. Hors de la fibreuse chemine en avant le rameau génital de l'abdominogénital, et en arrière le génitocrural et l'artère funiculaire.



(Figure 6 A, B, C)

- A. Testicule : coupe longitudinale. 1. Tête de l'épididyme ; 2. tunica albuginea ; 3. tubes séminifères ; 4. cônes efférents ; 5. rete testis ; 6. mediastinum testis ; 7. tubes droits ; 8. corps de l'épididyme ; 9. queue de l'épididyme ; 10. canal déférent.
- B. Rapports de la portion iliaque du conduit déférent (anneau inguinal). 1. Ligament interfovéolaire ; 2. artère épigastrique inférieure ; 3. artère crémastérienne ; 4. veine épigastrique inférieure ; 5. conduit déférent ; 6. artère du conduit déférent ; 7. veine iliaque externe ; 8. artère iliaque externe ; 9. nerf génitofémoral ; 10. ligament inguinal ; 11. veine et nerf testiculaires ; 12. anneau inguinal profond.
- C. Cordon spermatique. 1. Rameau génital du nerf ilio-inguinal ; 2. muscle crémaster (faisceau latéral) ; 3. conduit déférent et son artère ; 4. rameau génital du nerf génitofémoral ; 5. artère crémastérienne ; 6. artère testiculaire ; 7. fascia spermatique interne ; 8. muscle crémaster (faisceau médial).

4.3 .Vestiges embryonnaires

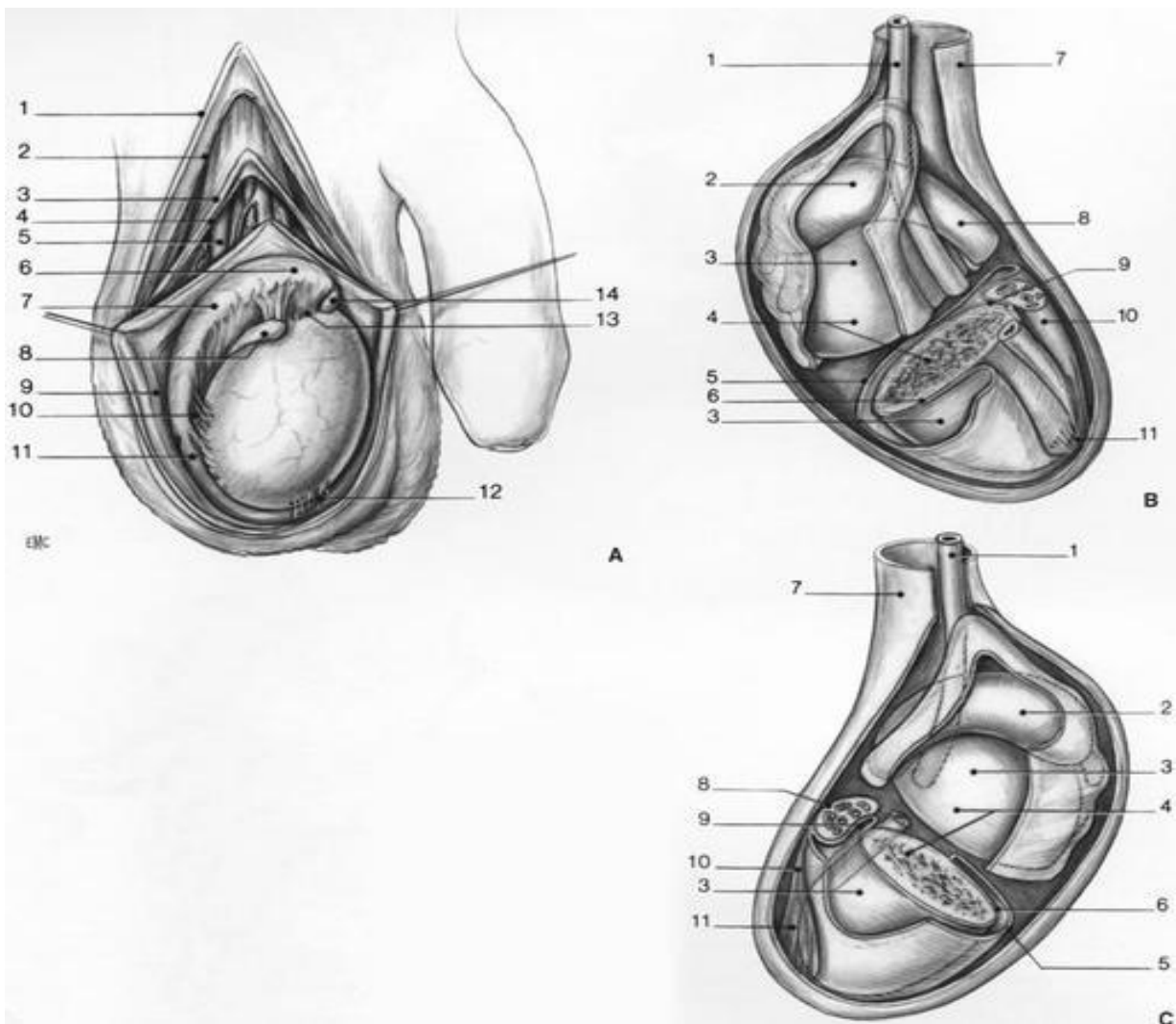
- L'hydatide pédiculée, reliquat wolfien, est implantée sur la tête de l'épididyme.
- L'hydatide sessile de Morgani, résidu müllérien, est implantée soit, le plus souvent, sur le testicule, soit sur l'épididyme.
- L'organe de Giralès et les vaisseaux aberrants de Haller n'ont que peu d'intérêt chirurgical.

4.4 .Enveloppes (figure 7 A, B, C)

Au nombre de sept, elles sont en continuité avec les différentes couches de la paroi abdominale. De la superficie à la profondeur :

- le scrotum est le seul élément commun aux deux testicules. Les bourses sont séparées ensuite par un raphé médian qui peut servir de moyen de fixation au testicule ;
- le dartos ;
- la couche celluleuse sous-cutanée ;
- la couche fibreuse superficielle ;
- le crémaster ;
- la fibreuse commune ;
- la vaginale.

En pratique, lors d'une exploration scrotale le scrotum est incisé à la lame froide. Les enveloppes sous-jacentes sont incisées soit à la lame froide soit au bistouri électrique. L'hémostase doit être soignée. La vaginale, d'aspect bleuté, est repérée à l'aide de pince d'Halstedt. Son ouverture donne accès au contenu scrotal. La fermeture se fait en trois plans : vaginale, tissus sous-cutané, et peau.



(Figure 7 A, B, C)

A. Enveloppes du testicule et du cordon. 1. Peau ; 2. Fascia spermatique externe ; 3. Muscle crémaster ; 4. Fascia spermatique interne ; 5. Conduit déférent ; 6. Tête de l'épididyme ; 7. Corps de l'épididyme ; 8. Hydatide ; 9. Vaginale testiculaire ; 10. Ligament épидидymaire inférieur ; 11. queue de l'épididyme ; 12. Ligament scrotal ; 13. Ligament épидидymaire supérieur ; 14. Hydatide.

B. (vue latérale), C. (vue médiale). Vaginale testiculaire. 1. Canal déférent ; 2. tête de l'épididyme ; 3. cavité de la vaginale ; 4. testicule ; 5. lame pariétale ; 6. lame viscérale ; 7. fascia spermatique interne ; 8. corps de l'épididyme ; 9. sinus épидидymaire ; 10. queue de l'épididyme ; 11. ligament scrotal.

4.5 Vascularisation (figure 8 A, B, C)

a. Artères (figure 8 A)

La vascularisation artérielle des bourses est assurée par trois artères :

L'artère spermatique (ou testiculaire). Elle naît le plus souvent de la face antérolatérale de l'aorte, juste au-dessous de l'artère rénale. Parfois, elle peut naître de l'artère rénale ou de l'une de ses branches [9]. À droite, l'artère spermatique descend en avant du psoas et de la veine cave. Elle précroise l'uretère droit, le nerf génitofémoral et la portion pelvienne de l'artère iliaque externe, pour rejoindre le cordon spermatique à l'orifice inguinal profond. À gauche, l'artère spermatique descend derrière l'artère mésentérique inférieure puis suit le même chemin. Dans 10 % des cas, l'artère spermatique se divise haut dans le cordon en une artère spermatique inférieure et une interne nécessitant une dissection prudente lors d'une orchidopexie ou d'une cure d'ectopie testiculaire.

Ailleurs, elle donne une branche épидидymaire qui va s'anastomoser à l'artère déférentielle, et une branche testiculaire.

L'artère déférentielle (artère crémastérique) est une branche de la vésiculodéférentielle. Elle suit le canal déférent dans tout son parcours.

L'artère funiculaire, branche de l'épigastrique, vascularise les enveloppes du testicule et peut s'anastomoser aux deux précédentes.

b. Veine :

Le drainage veineux est soumis à de nombreuses variations. Dans la plupart des cas, on peut distinguer un réseau superficiel et un réseau profond à plusieurs composantes.

Réseau profond (figure 8 B, C) :

Composante antérieure

Les veines émergent du testicule, s'anastomosent à d'autres veines issues d'un plexus situé sur la face antérieure de l'épididyme pour former le plexus pampiniforme.

Ce plexus a le même trajet que l'artère spermatique, en avant du canal spermatique, dans le cordon spermatique.

Les vaisseaux du plexus pampiniforme sont réduits à deux ou trois lorsqu'ils passent dans l'orifice inguinal profond, puis à un dans leur portion pelvienne lorsqu'ils longent l'artère spermatique.

À droite, la veine spermatique s'abouche dans la face antérieure de la veine cave inférieure. À gauche, la veine spermatique s'abouche au bord inférieur de la veine rénale en regard de la veine surrénalienne inférieure.

Composante médiane

Elle est constituée par deux voies :

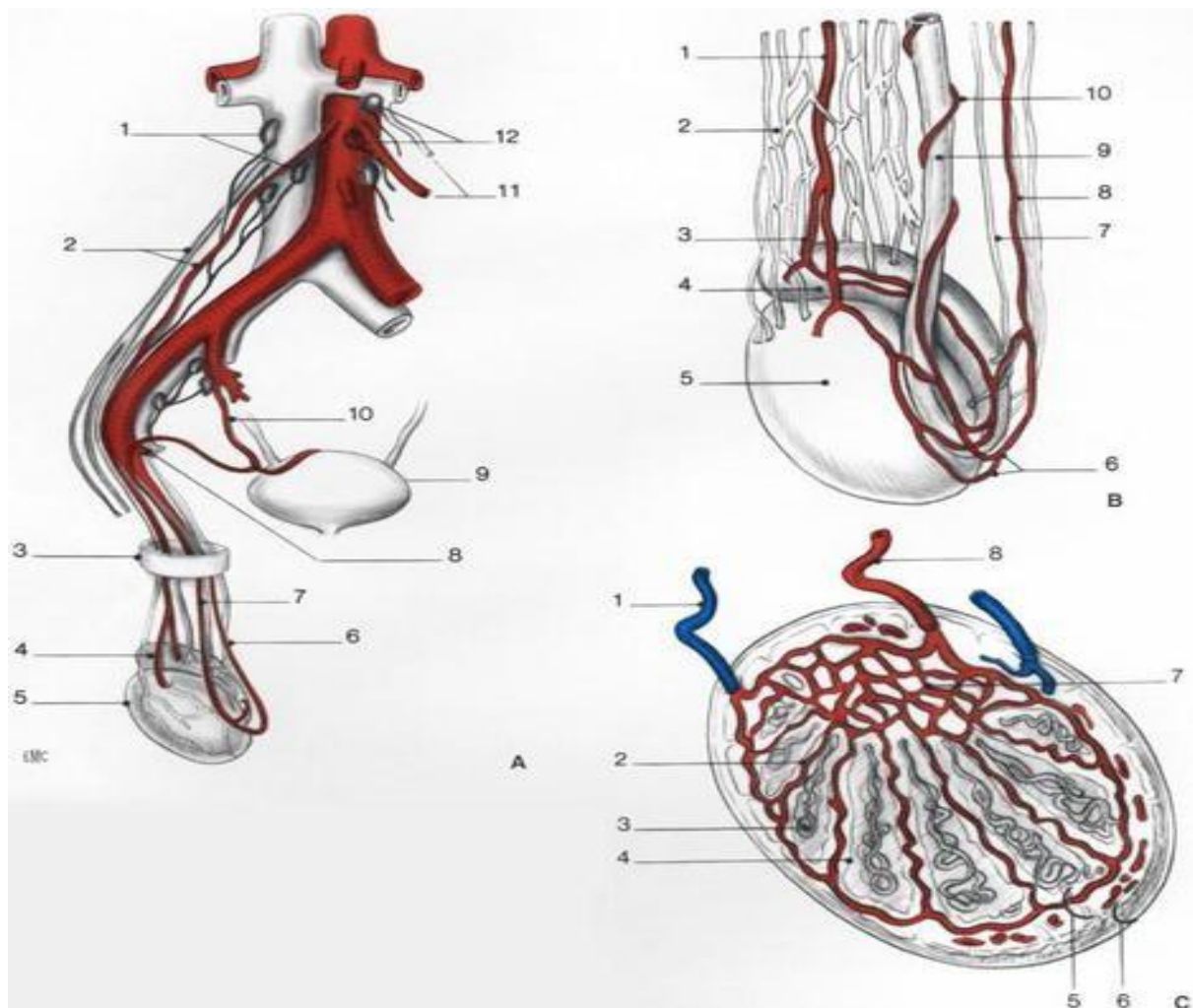
- la veine funiculaire se jette dans la veine épigastrique inférieure et draine la partie postérieure de l'épididyme ;
- la veine déférentielle comme l'artère du même nom accompagne le canal déférent.

Composante postérieure

Elle est constituée par les veines crémastériennes.

Réseau superficiel :

Les veines drainant le scrotum se jettent dans la veine honteuse interne (pudendal interne), branche de la veine saphène interne (grande veine Saphène)



(Figure 8 A, B, C)

A. Vascularisation du testicule (d'après Rouvière). 1. Nœuds lymphatiques pré- et Latérocaves ; 2. Artère et veine testiculaire droite ; 3. Cordon spermatique ; 4. Épididyme ; 5. Testicule ; 6. artère crémastérienne ; 7. Artère du conduit déférent ; 8. Artère épigastrique inférieure ; 9. Vessie ; 10. Artère du conduit déférent ; 11. Artère et veine testiculaire gauches ; 12. Nœuds lymphatiques pré et latéroaortiques.

B. Veine et artères du testicule et de l'épididyme. 1. Artère testiculaire ; 2. plexus pampiniforme ; 3. artère épидидymaire ; 5. épидидyme ; 6. testicule ; 7. anastomoses multiartérielles ; 8. veine de la queue de

C. l'épididyme ; 9. artère crémastérienne ; 10. conduit déférent ; 11. artère du conduit déférent.

D. Vascularisation intratesticulaire. 1. Veine testiculaire ; 2. artère interlobulaire ; 3. lobule testiculaire ; 4. septum interlobulaire ; 5. tunique vasculaire ; 6. albuginée ; 7. réseau du médiastinum testis ; 8. artère testiculaire.

C. Lymphatiques

Les canaux lymphatiques des testicules se réunissent en quatre à huit vaisseaux lymphatiques qui accompagnent le cordon spermatique. Après avoir croisé l'uretère, ils se séparent des vaisseaux pour rejoindre les relais précaves et aortiques.

À droite, les ganglions relais sont situés entre l'origine de la veine rénale et la bifurcation aortique.

À gauche, deux tiers des collecteurs se jettent dans les ganglions latéroaortiques. L'autre tiers rejoint les ganglions préaortiques.

Les collecteurs de la tête et du corps de l'épididyme suivent ceux des testicules. Ceux de la queue peuvent être satellites du déférent et rejoignent alors les relais iliaques externes.

Les enveloppes du testicule se drainent de la même façon que celles de la verge.

III. Historique

L'automutilation génitale en particulier est un phénomène rare. La première autocastration dans L'histoire est rapportée par Lucien de Samosate (De Dea Syria XV) qui relate l'histoire légendaire de Combatus, jeune syrien d'une grande beauté qui, ayant reçu de son roi la délicate mission d'accompagner la reine Stratonice dans son voyage à Hiéropolis, en Phrygie, décida, afin de désarmer la médisance de s'émasculer avant le départ et d'enfermer ses organes génitaux dans un coffret qu'il confia au roi. Ce sacrifice lui permit de confondre ses calomniateurs à son retour et lui valut d'être comblé d'honneurs par le roi. En commémoration de cet événement, des jeunes gens se castraient chaque année dans le temple d'Hiéropolis ou on célébrait la déesse Astarté. Les prêtres eunuques d'Astarté ressemblaient tellement à ceux de Cybèle qui exigeait aussi de ses prêtres l'éviration (autocastration) que les Anciens avaient tendance à les confondre. Selon la légende, Cybèle s'était follement éprise d'un bel adolescent, le berger Attis, passion qu'il partageait avec une égale ardeur. Mais Attis vivait sous la juridiction du roi Pessinonte qui avait décidé d'en faire son gendre. Plutôt que de trahir sa divine maîtresse, Attis préféra commettre l'irréparable :

il s'émascula et mourut de sa blessure. Cybèle intervint et ressuscita son amant. Attis devint ainsi le symbole de la renaissance et de l'immortalité. Mais le culte phrygien se trouvait définitivement entaché d'une pratique barbare et sanglante : l'émasclation volontaire des prêtres de Cybèle, les galls. Cette pratique fut tenace puisque des siècles plus tard l'empereur romain Héliogabale (Marcus Aurelius Antonius 204–222), prêtre du baal solaire, se l'infligeait lui-même [7]. Le culte de Cybèle qui apparaît à Athènes sous Périclès ne connut jamais de succès en Attique, où les Grecs manifestaient un grand mépris envers les eunuques. L'autocastration d'un zélateur de la déesse-Mère qui effectua spectaculairement son

geste sur l'autel des douze dieux à Athènes en 415 avant J-C fût même considéré comme un funeste présage, avant-coureur de catastrophes. Cybèle fut introduite à Rome en 205 avant J-C et ses prêtres eunuques étaient tous initialement phrygiens. Son culte, relativement modeste sous la République, prit de l'importance sous l'Empire surtout avec Claude. Le culte reposait à l'origine à un clergé exclusivement phrygien, le sénat interdisant formellement l'autocastration aux citoyens romains. Dès le 2ème siècle, la pratique de l'autocastration rituelle déclina et donna sa place à des mortifications corporelles moins vulnérantes.

En général, toutes les grandes religions monothéistes interdisent la castration volontaire. Dans l'ancien testament, toute forme de mutilation est strictement interdite, tout particulièrement la castration ; il est dit dans Deutéronome 23,2 : "Celui qui a les testicules mutilés ou la verge coupée n'entrera pas dans l'assemblée de Yahvé". Le judaïsme condamne fermement toute automutilation, problème abordé à diverses reprises dans le talmud et la Michna. Les conséquences légales de la mutilation sexuelles sont abordés dans le traité Yebamoth 8, 1-2. Le christianisme, dès le début condamna sévèrement l'autocastration, non seulement chez les païens mais chez tous ceux qui, par excès de zèle, interpréteraient à la lettre les paroles de l'évangéliste Matthieu (XIX, 12) : " ... il y a ceux qui se sont eux-mêmes rendus eunuques à cause du royaume des Cieux. Que celui qui peut comprendre comprenne ! ". Le caractère énigmatique de ces paroles explique l'engouement suscité par ses célèbres versets qui vont inspirer toutes les entreprises automutilatrices mystiques du monde chrétiens, depuis les valésiens, disciples d'Origène d'Alexandrie père de l'église grecque, qui en 202 s'automutila – jusqu'aux Skoptzis

- qui constituaient une secte religieuse chrétienne dont les acolytes se castraient volontairement pour racheter le péché originel, commis par Adam et Eve, en passant par les psychotiques délirants de tous les temps [3].

Il va de soi que le célibat et la chasteté demandés par Mathieu n'avaient rien à faire d'une authentique castration, ce qui explique que, dès les premiers siècles, l'église fustigea sans équivoque des personnages tels qu'Origène. A rappeler la décision du concile de Nicée, en 325, selon laquelle l'accès à la prêtrise était formellement interdit à tous ceux qui s'étaient castrés volontairement [5, 6].

A l'Islam, ni les incisions rituelles, ni la castration ne sont mentionnés dans le Coran [4].

IV. Diagnostic clinique des automutilations génitales :

1. Description clinique des automutilations génitales :

La description de l'automutilation génitale implique la précision de neuf critères recensés en 2007 par Claes et Vandereycken [81] :

- Le type d'acte à l'origine de l'automutilation : brûlure, coupures, blessures, morsure, ulcération, arrachement, section ou autres.
- La localisation de la blessure sur le corps : les parties du corps les plus atteintes sont principalement cachées et dissimulées aux yeux.
- La fréquence de l'automutilation durant une période précise : nombre des automutilations au cours d'une journée, d'une semaine ou d'un mois.
- L'importance des dommages corporels causés par l'automutilation.
- L'état psychologique de la personne au moment de l'automutilation (Ex : déficience mentale, maladie organique, psychose).
- Les fonctions de l'automutilation.
- La non - acceptabilité sociale de l'automutilation.

- La létalité réelle ou potentielle de la blessure.
- Le caractère direct ou indirect des dommages corporels.

Le moyen utilisé pour l'automutilation génitale : 80% des cas impliquent des objets tranchants pour couper ou arracher organes génitales externes.

La plupart des patients consultent fort heureusement le jour même de l'acte mais parfois le délai peut être long (simple lacération) ou être révélé par une complication comme un état de choc hémorragique ou une rétention aiguë d'urine [82].

La présentation clinique est fonction de la durée d'évolution. Vue tardivement, l'hémostase est déjà faite et la cicatrisation peut avoir eu lieu. L'urologue tâchera alors d'éviter une complication urinaire. [82].

2. Automutilations génitales et pathologies psychiatriques

L'automutilation génitale associée à de nombreux troubles mentaux tels la schizophrénie, les troubles de la personnalité, les troubles de l'humeur, les conduites alimentaires, l'état de stress post traumatique, les troubles des conduites du contrôle des impulsions ainsi que les troubles dissociatifs. [80]

a. Schizophrénie

Les automutilations génitales peuvent être présentes chez les individus suivis pour schizophrénie avec une mauvaise observance thérapeutique ou un mauvais suivis [45]. Et peuvent être plus graves chez ces patients, Martin & Gattaz (1991) avaient constaté que l'automutilation génitale signalés dans les cas jusqu'à 1979, était dans 87 % diagnostiqués avec une maladie psychotique. Parmi ce groupe, le diagnostic le plus fréquent était de loin la schizophrénie (51%), [84]. Il s'agit d'une affection dont l'étiologie est conçue sur un modèle multifactoriel associant une vulnérabilité constitutionnelle et l'intervention de facteurs environnementaux

[78,79]. Son expression clinique multiforme associe des symptômes délirants et des signes caractéristiques du versant déficitaire et dissociatif de la maladie. C'est une maladie chronique dont les symptômes, après une phase d'efflorescence, évoluent tout le long des rechutes vers une stabilisation avec réduction de leur intensité, puis vers une stabilité avec peu de modification des manifestations lors des récurrences. [79]

La précocité de la prise en charge thérapeutique est un des facteurs de bon pronostic. [79]

b. Troubles de la personnalité

La répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations. Puisque le comportement automutilatoire et le comportement suicidaire sont l'un et l'autre un critère des troubles de la personnalité limite, une forte corrélation entre le trouble de la personnalité limite et l'automutilation n'a rien d'étonnant. Dans une étude réalisée auprès de 1986 recrues militaires, les sujets ayant des antécédents d'automutilation étaient deux fois plus nombreux à décaler des symptômes du trouble de la personnalité limite que ceux qui n'avaient pas d'antécédents d'automutilation [65]. Une corrélation entre l'automutilation et le trouble de la personnalité limite a également été établie par d'autres études [66]. Le risque d'automutilation été élevé chez les personnes avec un trouble de la personnalité limite est expliqué par le fait que ces sujets sont moins aptes à contrôler leurs émotions et afficher des degrés plus élevés de réactivité émotionnelle [67].

c. Troubles de l'humeur

Des troubles de l'humeur, tel le trouble dépressif majeur et le trouble bipolaire sont aussi présents chez les personnes s'automutilant [65,68]. Cependant, les automutilations génitales sont plus fréquemment associées chez les personnalités borderline que ceux qui présentent un trouble de l'humeur [65]. Klonsky et Olino ont également trouvé que la fréquence et la sévérité des automutilations génitales augmentent avec des niveaux élevés de dépression, d'anxiété et de personnalité borderline [77].

d. Troubles des conduites alimentaires

Le lien entre les troubles alimentaires et l'automutilation génitale n'est pas étonnant. Nombreuses sont les définitions du comportement autodestructeur qui englobent les comportements anorexiques ou boulimiques, et certains auteurs assimilent les troubles alimentaires à d'autres types d'automutilation [70].

Ces troubles sont vus surtout chez les femmes.

e. Etat de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique ou «post traumatique stress disorder» (PTSD) est un trouble qui se caractérise par un ensemble de symptômes découlant d'une exposition à un événement extrêmement traumatisant. Une corrélation entre l'automutilation et le PTSD a été constatée par de nombreuses études [73, 74]. Une étude sur les victimes d'inceste a montré que 25% des personnes répondant aux critères du PTSD se livrent également à l'automutilation [72].

Troubles de contrôle des impulsions

Les comportements d'automutilations génitales peuvent s'intégrer dans un trouble général du contrôle des impulsions, indiquant un spectre de Comorbidités, à rapprocher des abus de substance, des addictions, de certains troubles du comportement alimentaire, en particulier la boulimie.

e. Troubles dissociatifs

Les automutilations sont mentionnées dans le diagnostic de certains troubles dissociatifs, l'état de transe, l'amnésie dissociative, le trouble somatoforme et des troubles factices. En particulier, il existe une forte corrélation entre l'automutilation génitale et le trouble de la personnalité limite [66, 68], ceci est expliqué par le fait que ces sujets sont moins aptes à contrôler leurs émotions et afficher des degrés plus élevés de réactivité émotionnelle [67].

3. Diagnostic différentiel

La définition de l'automutilation génitale la différencie de toute autre forme de comportement autodestructeur, comme les tentatives de suicide, les troubles factices, les actes chirurgicaux multiples ou répétés, la prédisposition aux accidents et l'abus de substances. La différenciation peut être sur la base des dimensions telles que la létalité, le lien direct et immédiat avec les conséquences physiques, la construction sociale, l'intention et le but de l'automutilation [75].

a. Tentative de suicide

Le terme automutilation peut être utilisé de façon incorrecte et désigner la tentative de suicide. Pour ceci, plusieurs auteurs [76] estiment essentiel d'inclure dans la définition de l'automutilation l'absence d'intention suicidaire. Cependant, il peut souvent être difficile de faire une distinction claire. Ce qui peut se présenter comme une tentative de suicide.

b. Troubles factices

Selon le DSM VI, la caractéristique essentielle d'un trouble factice est la production intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou Psychologiques. Le tableau clinique peut comporter la fabrication de symptômes somatiques (ex des douleurs abdominales aiguës en l'absence de douleur réelle), la falsification de

signes objectifs (ex manipuler un thermomètre pour créer l'illusion de la fièvre), des affections que le sujet se déclenche lui-même (ex en provoquant la formation d'abcès par injection sous-cutanée de salive), la majoration ou l'exacerbation d'une affection médicale générale préexistante (ex : la simulation d'une crise de grand mal par un sujet ayant des 'antécédents de comitialité) ou toute association ou variante des tableaux précédents. La motivation du comportement est de jouer un rôle de malade. Les sujets vont nier ou dissimuler leur automutilation nature. En revanche, l'automutilation génitale n'est pas effectuée principalement pour obtenir des soins médicaux, et généralement, les individus admettent s'être blessés, et la plupart du temps, ils sont conscients de l'origine psychologique, reliant l'automutilation à une certaine détresse [76].

c. Actes chirurgicaux multiples ou répétés

L'automutilation est souvent considéré comme similaire à d'autres comportements telle la chirurgie électorale et répétée. Il s'agit de comportements indirects de l'automutilation celle-ci se différencie de ces comportements par l'immédiateté de l'acte et la réalisation par le sujet lui-même

d. Prédisposition aux accidents

Ce comportement est également considéré comme une forme indirecte de l'automutilation, réalisée généralement par une autre personne. L'accident n'est pas intentionnelle ni volontaire.

e. Abus de substances

Il n'y a pas de relation directe entre l'abus de substance et les conséquences physiques. Ce lien n'est pas immédiat et reste équivoque (ex l'intoxication et la dysfonction hépatique chez les alcooliques), ce qui différencie ce comportement de l'automutilation dont les conséquences physiques demeurent immédiates et certaines.

V. Traitement

Les objectifs du traitement chez L'homme sont : la restauration anatomique et fonctionnelle du phallus, y compris l'urètre, la préservation de la capacité d'érection prolongée, la préservation de l'activité testiculaire androgènes et d'évaluation psychiatrique [116,117]. L'approche thérapeutique se centrera par la suite essentiellement sur les Facteurs étiopathogéniques et sur les comorbidités. Elle sera : pharmacologique, psychologique et bien sûr chirurgicale.

1. Pharmacologique

Sur le plan pharmacologique, le traitement dépendra de la comorbidité associée : les antidépresseurs si dépression et/ou dimension impulsive marquée, les antipsychotiques en cas de psychose avérée ou de troubles de la personnalité mettant en péril le rapport avec la réalité, les thymorégulateurs devant un trouble bipolaire ou une dysphorie importante dans le cadre d'un trouble limite de la personnalité. Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique des comportements d'automutilation. Certains, comme le naltrexone (bloqueur des récepteurs opiacés) sont à l'étude dans le cadre des auto-agressions répétées [110].

2. Psychothérapique

Sur le plan psychologique, la prise en charge doit permettre au sujet de mieux appréhender le sens de son comportement d'automutilation et de trouver d'autres issues que le passage à l'acte. Les méthodes sont variées, fonction des objectifs recherchés, du souhait du patient, de ses capacités d'introspection et des problématiques en jeu [110].

a. Approche psychodynamique

Bien qu'il existe de nombreuses thérapies psycho-dynamiques, la littérature fait principalement mention d'une thérapie basée sur la théorie de Kernberg et d'une deuxième basée sur la théorie de Rockland [109, 111] pour les troubles de la personnalité limite chez une population adulte.

La thérapie de Kernberg ou Transference-focused psychotherapy (TFP) se déroule sur un an à raison de deux séances par semaine. L'objectif est d'analyser le sens du comportement dans le transfert. Les techniques utilisées sont donc le transfert et l'interprétation. Les bases de la thérapie sont la relation à l'objet, la diffusion de l'identité ainsi que l'agression. Un contrat thérapeutique est négocié avec le patient afin de déterminer les conditions et les structures mises en place en vue de gérer les comportements. L'alliance thérapeutique constitue un aspect central de la thérapie et si les comportements d'automutilation sont plus renforçant que la relation thérapeutique, le traitement ne peut pas avoir lieu [109, 111].

La thérapie de Rockland, appelée la thérapie du support d'orientation psychodynamique (TSOP), s'inspire d'une compréhension dynamique de la personnalité tout en incluant des interventions cognitives, comportementales et pharmacologiques. L'objectif est le renforcement des fonctions du moi, permettant une meilleure adaptation. L'accent est mis sur la reconnaissance du comportement d'automutilation dans l'ici et le maintenant comme moyen adaptatif. Le rôle du thérapeute est d'exprimer cette compréhension tout en encourageant le changement [109].

b. Approche cognitive et comportementale

Il existe plusieurs interventions basées sur l'approche cognitivo-comportementale, mais l'une des interventions les plus documentées dans la

littérature et celle qui démontre le plus de résultats avec les personnes ayant un trouble de la personnalité limite est la Dialectical Behavior Therapy (DBT).

Cette intervention fut créée par Linehan en 1993, validée par l'Association américaine de psychologie ainsi que supportée empiriquement [112]. Elle consiste en une combinaison d'interventions cognitives, comportementales, d'entraînement aux habiletés sociales et de résolution de problèmes ainsi que de mentalisation. Les objectifs de cette intervention sont de réduire toute forme de comportements autodestructeurs, de développer de nouvelles habiletés de gestion, de parler des obstacles à la motivation et finalement la généralisation des habiletés. Le programme est d'une durée d'un an à raison d'une rencontre de groupe et d'une rencontre individuelle par semaine. Les études démontrent que le DBT est efficace pour réduire l'automutilation à court terme. De plus, l'alliance thérapeutique prédit l'amélioration des comportements [111, 113].

c. Thérapie de groupe

La thérapie de groupe a des avantages par rapport à la thérapie individuelle, elle permet aux patients d'utiliser activement leurs compétences interpersonnelles, de s'entraider à comprendre l'automutilation et d'apprendre

Prendre soin d'eux-mêmes [114]. Ainsi, grâce à ce processus, les patients sont habilités à aider les autres qui présentent des expériences similaires, et prennent conscience du fait qu'ils ne sont pas les seuls qui se livrent à l'automutilation [114].

Gratz et Gunderson ont étudié l'efficacité d'une intervention sur la régulation émotionnelle chez un groupe de femmes adultes avec une personnalité borderline qui se livrent aux automutilations. La thérapie comprenait la psychoéducation des fonctions des émotions, la conscience émotionnelle, des stratégies comportementales pour le changement et le contrôle des impulsions et

l'engagement des valeurs individuelles dans la vie de la personne. La majorité des participantes a signalé l'amélioration de la régulation émotionnelle, la diminution de l'évitement affectif et la réduction des automutilations [115].

3. Traitement chirurgical

L'exploration chirurgicale est la règle [106]. La précocité de la prise en charge de ces patients va conditionner les résultats fonctionnels. Toutefois, et ceci est primordial, avant toute décision chirurgicale, il faudra s'assurer de l'opportunité d'une réimplantation après avis psychiatrique car l'automutilation avec signification suicidaire est très grave [107,108]. L'état mental du patient conditionne donc la décision thérapeutique. Cependant, l'hospitalisation et l'utilisation des neuroleptiques assurent dans la majorité des cas une stabilisation des situations psychiatriques permettant au patient de réaliser la gravité de son geste. [106]

Le traitement chirurgical peut varier entre de simple suture en cas de plaie superficielle, urétrostomie cutanée ou bien une réimplantation pénienne selon l'indication [106]. Toute fois on peut proposer une reconstruction pénienne pour les patients n'ayant pas bénéficié d'une réimplantation.

A. Urétrostomie cutanée :

a. Indication :

En cas de pénis amputé avec impossibilité de réalisation d'une réimplantation [106]

b. Procédure :

Repère de l'urètre proximal à la sortie du col vésical Libération d'une longueur urétrale maximale si nécessaire après symphysectomie pubienne Préservation de la partie dorsale de l'urètre afin de limiter les risques de lésions vasculaires ou nerveuse

Section de l'urètre au niveau de sa lésion et glissement de la partie distale du segment sain à travers la ligne blanche pour être suturée directement à la peau.

La ligne blanche est refermée en laissant un peu d'espace autour de l'urètre pour limiter les risques de striction cicatricielle.

Pour limiter les tensions il convient chez certains personnes de retirer une partie du tissu adipeux sous cutané.

Il est recommandé de laisser en place une sonde Foley à fin de limiter l'irritation par les urines pendant 24 à 48h [83]

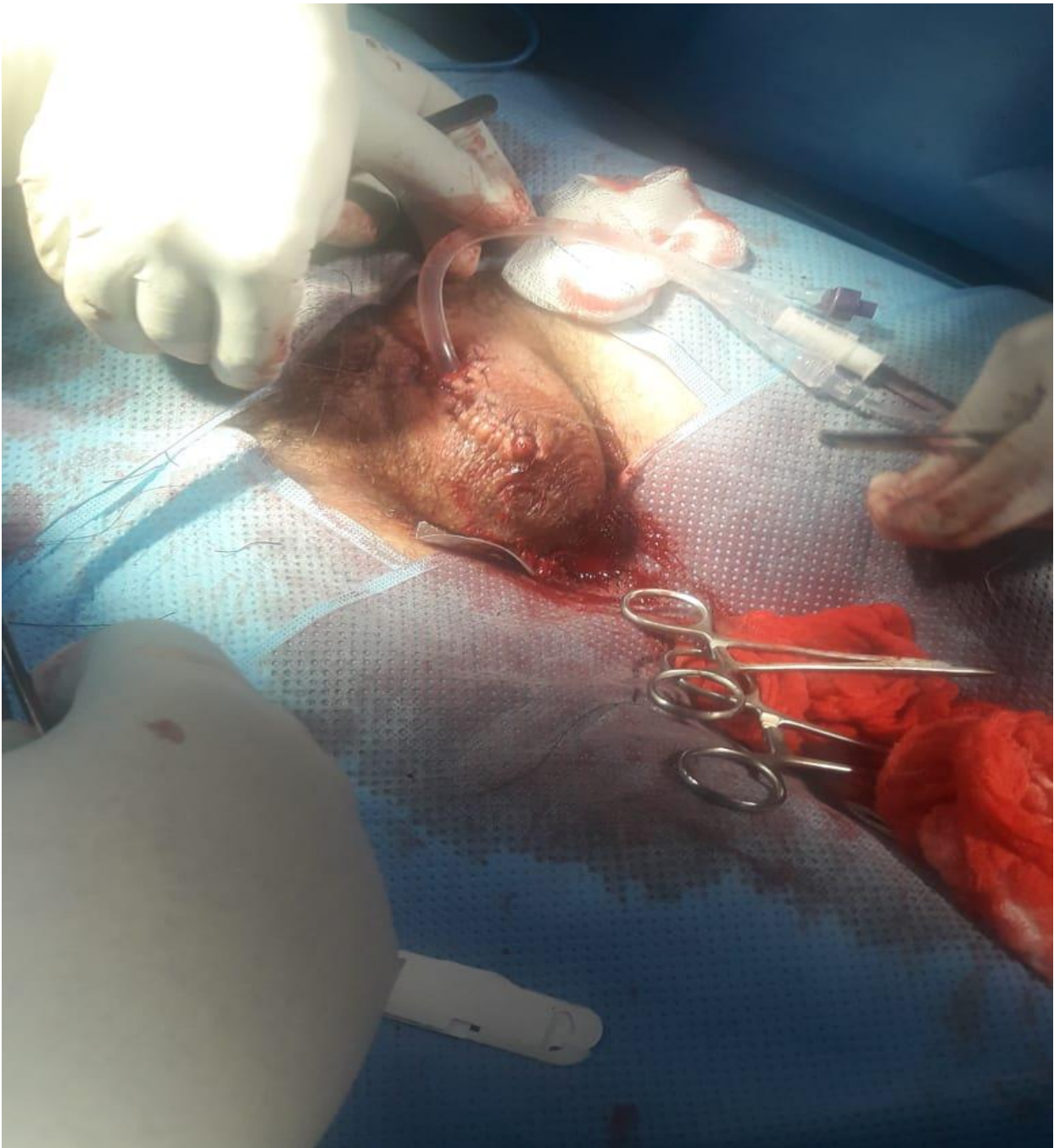


Figure 9 : Urétrostomie cutanée (service C.H.U. HASSAN II)

B. Réimplantation :

a. Indication :

Les tissus répondent à l'ischémie différemment et l'hypothermie peut prolonger la survie des tissus. Hayhurst et al [95] en 1974 avait montré que l'hypothermie peut prolonger le temps d'ischémie nécessaire pour réalisation d'une réimplantation de 6 heures jusqu'à 24h.

Le temps nécessaire pour l'ischémie des tissus du pénis il n'est pas connu, il semble que les tissus du pénis peuvent tolérés l'ischémie mieux ainsi une réimplantation doit toujours être considéré surtout si la partie amputé est préservé en hypothermie. [94]

b. Procédure :

Sous microscope

Identification des structures vasculaires et nerveuses à la fois dans les parties proximale et parties amputées.

Contrôle de la perte du sang du bout proximal par une pince Debakey

Identification de toutes les structures importante.

Repère de l'urètre en premier en utilisant des sutures interrompues par le Dexon 4-0 sur 2 couches l'une sur la muqueuse et l'autre autour de l'adventice du corps spongieux.

Réalisation de l'anastomose sur une sonde type Foley 16 qui procure un soutien lors de la réparation microchirurgicale.

Diversion urinaire par un cathéter sus pubien.

Méticuleuse dissection de tous les vaisseaux et nerfs Réparation de l'artère profonde droite en 1er avec du nylon 10-0 Rapprochement de la tunique de l'albuginée et du septum par des suture interrompu par du Dexon 2-0 Anastomose de la veine dorsal par du nylon 10-0 Libération des clamps vasculaire ce qui permet

une perfusion immédiate de la partie distal du pénis ainsi le saignement sera actif des coté du corps caverneux Anastomose de l'artère dorsale avec du nylon 10-0 Réparation des nerfs dorsaux avec 3 fascicule par des sutures épineurale avec du nylon 9-0 Fermeture du fascia de Buck avec du nylon 5-0 A la fin Application d'un pansement encombrant autour du pénis pour le soutenir dans une position droite facilitant ainsi le drainage veineux et lymphatique.[94]

b. En l'absence de microscope :

On peut réparer uniquement les corps caverneux et l'urètre après avoir dénudé le pénis et l'avoir enfoui dans le scrotum pour éviter la nécrose cutanée. Cette méthode nécessitera un 2ème temps opératoire à distance de la plastie cutané. [106]

c. Suite post opératoire :

La surveillance sera clinique (chaleur, coloration) et radiologique par Doppler qui vérifiera la perméabilité vasculaire. On associe à l'antibiothérapie, un traitement inhibant les érections (type diazépam 10 mg/j) et un traitement anti-coagulant (héparine de bas poids moléculaire). On procède à l'ablation de la sonde vésicale au 10èmejour, on impose une abstinence sexuelle pendant 6 semaines. [95]

C.Reconstruction pénienne

Plusieurs technique ont été décrite ainsi la 1er construction été réalisé en 1936 par Bogoras, Gillies avait introduit le concept « tube à l'intérieur de tube » incorporant un neo urètre dans un pénis qui est formé à partir de l'abdomen et transféré selon un mode multi étagé au site récepteur. [100,101]

Mais ces techniques ont donnés des résultats initialement pauvres, en raison de la formation d'un phallus insensée et en forme de coin.

C'est qu'en 1980 que les techniques microchirurgicales ont révolutionné la reconstruction pénienne. Chang and Huang [102] and Song et al [103] avaient décrit le lambeau antébrachial radial (RAFF) « radial artery forearm free flap » c'est une phalloplastie pour reconstruction pénienne totale après amputation.

Cette procédure implique deux ou trois stades, généralement effectués 3 mois d'intervalle sur une période d'au moins un an. [104]

La première étape consiste à créer le phallus, qui est transposé dans le site receveur avec une microchirurgie avec une technique de transfert des tissus. L'approvisionnement en sang artériel pour le clapet est assuré par l'artère épigastrique inférieure ou l'artère fémorale. Le drainage veineux est à travers la branche de la veine saphène interne, la veine dorsale du pénis ou le plexus pampiniforme. Sensation Cutanée et érogène sont plutôt garantie par l'anastomose des nerfs cutanés antébrachial au nerf dorsal du pénis, nerfs iliohypogastrique et ilio-inguinal. L'urètre pénien est ensuite anastomosé à l'extrémité proximale urétral, pour permettre au patient d'uriner et d'éjaculer de la pointe du phallus. L'aspect esthétique du pénis est ensuite amélioré au cours de la deuxième étape avec la formation d'un pseudoglans utilisant la technique Norfolk, qui implique l'utilisation d'un greffon fait de peau de pleine épaisseur prélevé à partir d'une zone non pileuse, pour créer la crête de gland et la rainure.

Une prothèse pénienne est implantée à 1 an après la reconstruction pénienne, pour donner suffisamment de temps pour permettre à la sensibilité de se développer. Cette procédure est nécessaire pour garantir la rigidité nécessaire pour la pénétration lors des rapports sexuels.

À moins que le phallus soit particulièrement encombrant, un seul cylindre d'une prothèse pénienne gonflable est implanté. En raison de l'absence de l'albuginée dans le phallus, les cylindres sont logés dans un embout Dacron ou Gortex pour prévenir l'érosion distale et pour garantir ancrage l'os pubien

Si les piliers des corpus sont présents, ils sont utilisés pour loger l'arrière des cylindres. [104]

Résultat final après reconstruction pénienne en utilisant la technique RAFF [104]

Les complications les plus fréquentes après l'utilisation du lambeau ante brachial radial(RAFF) sont sténose et fistules du neo urètre, qui se produisent, respectivement, 10 % et 20 % des cas. Cependant, la chirurgie de correction est presque toujours couronnée de succès. [105]



Figure 10 : reconstruction pénienne

C. Geste chirurgicale utilisé devant l'autocastration :

En cas d'autocastration, la précocité de la prise en charge va conditionner les résultats fonctionnels.

Après avoir réalisé un badigeonnage, une exploration chirurgicale de la plaie doit être faite.

La vérification de l'hémostase, si absente une hémostase par feu ou électrocoagulation doit être réalisé.

Ligature des deux cordons spermatiques : Si le cordon spermatique n'est pas rétracté, Une incision scrotale doit être pratiquée, mais dans les cas où le cordon spermatique n'est pas visible, l'exploration inguinale ou rétro péritonéale doit être tentée pour accéder aux vaisseaux testiculaires et assurer l'hémostase. [117]

Fermeture plan par plan.

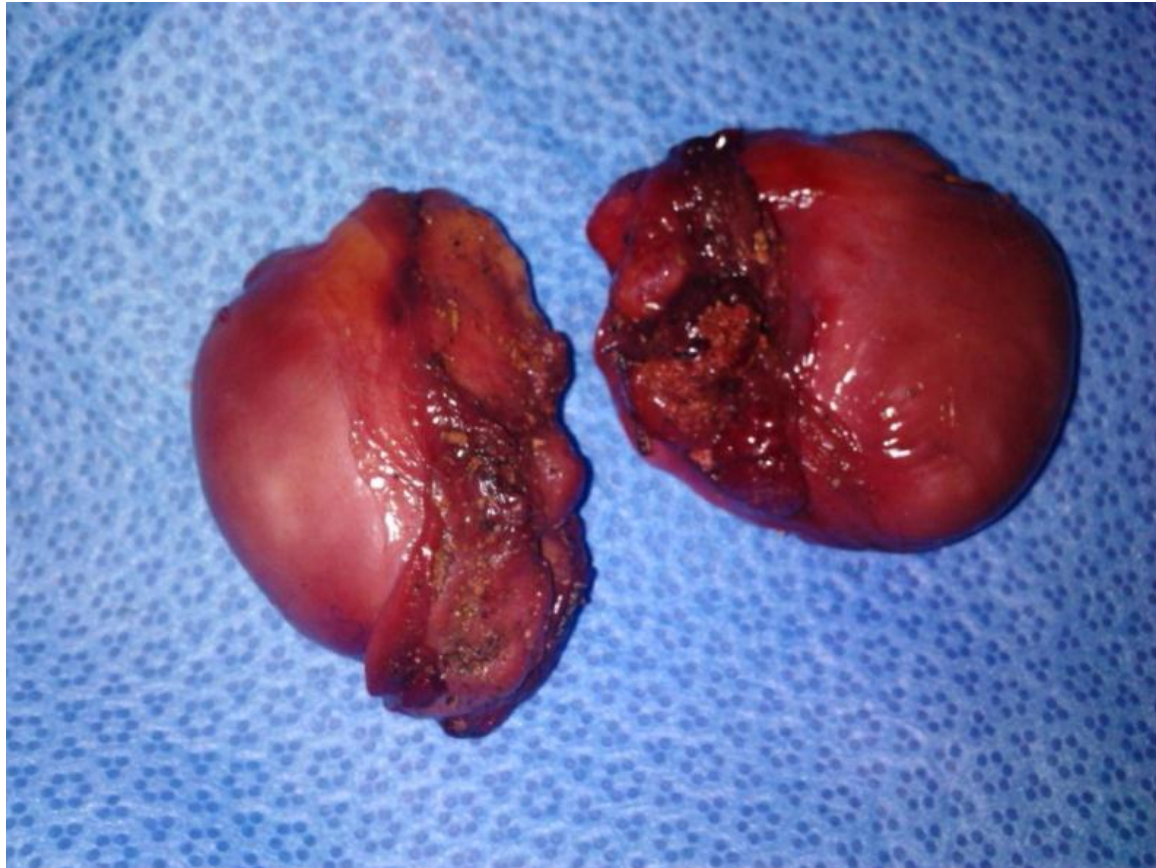


Figure 11 : testicules extériorisés (PubMed Pr. Ahsaini)

3. Mesures préventives

L'identification d'automutilateurs potentiels en utilisant la psychiatrie et les modèles psychologiques n'est pas possible [118] Quelques patients transsexuels ont vainement cherché une aide chirurgicale et d'autres ont procédé par eux-mêmes [120,122]. Cependant, un nombre important d'automutilateurs génitaux recourent à ces actes à plusieurs reprises [119,122].une attention psychothérapeutique plus concertée et plus soutenue doit donc être donnée pour les deux groupes de patients pour les empêcher de recourir à tel gestes [121, 123].

V. L'évolution et Pronostic :

L'évolution des automutilations génitales dépendent de la gravité des lésions ainsi elle sera marqué soit vers une rémission totale, partielle ou bien vers une complication selon l'étendue de la blessure infligée. Les complications les plus fréquente sont l'hémorragie et elle peut être fatale [85]. Il existe d'autres complications comme les fistules, le dysfonctionnement érectile, la sténose de l'urètre, répétitions des mutilations [86,87], le suicide [93,88], momification de l'épithélium du gland et la sensation anormale de l'anastomose distale [86,87]. Toute fois on avait vu que les automutilations se produisait dans la plus grande parties chez des patients psychotiques ce qui montre l'intérêt d'un traitement psychiatriques après le traitement chirurgicale ce qui amélioré l'évolution en post opératoire de ces patients et préviens les récives. [89]

Une intervention psychiatrique active est importante parce que les techniques modernes de la chirurgie ont conféré à l'automutilation génitale masculine la possibilité d'au moins une réparation partielle [90]. Best et collègues [91] ont signalé la première réimplantation réussie d'un pénis complètement rompu. Ont suivis leur patient qui avait présenté un bon résultat chirurgical avec une érection et

des rapports sexuel «satisfaisant». Dans la plupart des revues récentes de la littérature, Engleman et collègues [92] concluent à partir de 11 cas de complète ou quasi complète amputation du pénis pour laquelle la réparation a été tentée que « la fonction sexuelle était restauré après la plupart des reconstructions du pénis

Ainsi qu'une satisfaction fonctionnelle après réimplantation avec préservation de la miction, l'érection, l'intromission, l'éjaculation, et même une sensation partielle a été obtenue dans tous les cas » Le succès concernant ces 11 cas revient à la technique chirurgicale et à la durée de l'ischémie : Lorsque le temps entre la blessure et la chirurgie est moins de six heures, ils concluent que le regroupement avec succès est possible. D'autre part, ils ne sont pas optimistes quant aux résultats psychiatriques chez les patients qui se mutilent et ils ont sombrement noté que "50%" de ces patients se sont suicidé après une réimplantation réussite du pénis. Néanmoins Engleman et ses collègues ont eu pas accès aux données inédites de la littérature, ils sont en erreur ; en tout cas, ils semblent exagérer, parce que dans une autre revue de la littérature on constate, cinq patients gravement suicidaires d'un total de 53 patient avec un seul suicide confirmée. [45]

MATERIELS
ET
METHODES

MATERIELS ET METHODES

L'objectif de notre étude est d'analyser les principales caractéristiques des automutilations des organes génitaux externes pris en charge au service d'urologie CHU HASSAN II Fès, allant de janvier 2010 au décembre 2019, en matière de : l'âge, le type de lésion, le retentissement sur le plan hémodynamique et fonctionnel, la prise en charge urologique et psychiatrique, la place de la réimplantation de la verge, ainsi que l'évolution post opératoire sur le plan général, urologique et psychiatrique

Notre étude est une étude rétrospective basée sur l'analyse complète des observations médicales des patients hospitalisés au service d'urologie sur une période étalée de janvier 2010 au décembre 2019, cette étude est limitée par la difficulté de réaliser l'interrogatoire avec les malades concernés, pour cela on a réalisé la fiche d'exploitation (voir annexe 1)

RESULTATS

Du premier janvier 2010 au décembre 2019 sur l'ensemble de 08 cas : on a recensé 7 patients qui avaient eu une automutilation de la verge et un seul patient. qui avait eu une autocastration

I. Epidémiologie :

1.1. Âge :

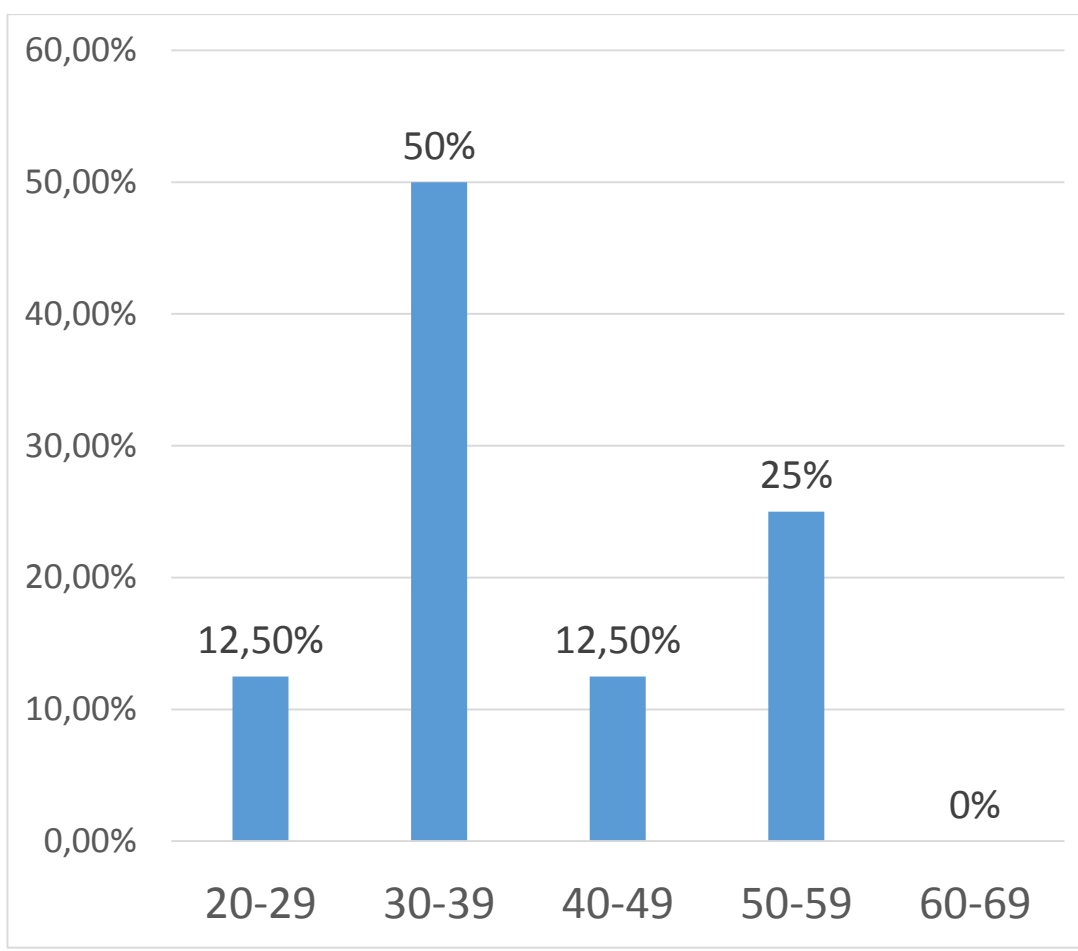


Figure 12 : Répartition des patients selon les tranches d'âge

L'Âge moyen des patients présentant une automutilation est de 38,3 %, avec des extrêmes de l'âge allant de 19 ans à 55 ans, les tranches d'âge sont ainsi répartis : 6 patients ont été âgés moins de 40 ans, 2 patients plus de 50 ans.

1.2 Statut matrimonial :

5 patients (67 %) étaient mariés et 03 patients étaient non mariés (37%).

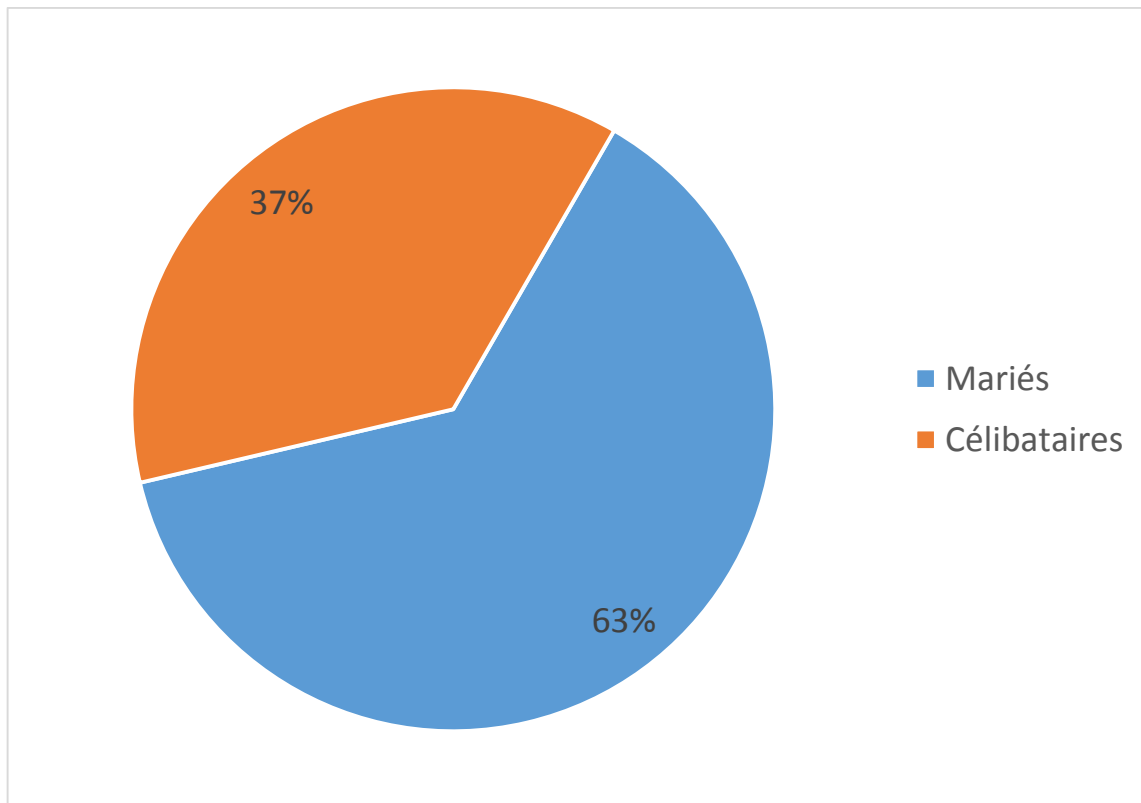


Figure 13 : La Répartition des patients selon le statut matrimonial

II. Données anamnestiques:

Les antécédents les plus fréquents étaient la schizophrénie et le tabagisme retrouvés chez 88%, 75% des patients respectivement, les antécédents retrouvés sont énumérés dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Les antécédents des patients ayant une automutilation des OGE

Antécédents	Nombre des patients	Pourcentage
Schizophrénie	7	88.5%
Tabac	6	75%
Cannabis	4	50%
alcool	6	75%
Dysfonction érectile	2	25%
HTA	1	12.5%
Diabète	1	12.5%
Tuberculose pulmonaire	1	12.5%
Stérilité des couples	1	12.5%
Patients transsexuels	0	0%

2.1 Circonstances de survenue de l'automutilation :

Une anamnèse minutieuse était réalisée à l'admission des patients, elle a permis de révéler le mécanisme de survenue de l'automutilation des organes génitaux externes chez chaque patient

Le mécanisme était représenté dans la majorité des cas par l'utilisation d'un matériel tranchant en essayant de couper la verge chez 06 patient (75%), par l'utilisation d'un gros anneau métallique chez un seul patient(12,5%), et par l'autocastration à l'aide de ses ongles chez un seul patient (12,5%).

Tableau 2 : Mécanisme de l'automutilation des OGE

Mécanisme	Nombre	Pourcentage
Utilisation du matériel tranchant	6	75%
Utilisation du gros anneau	1	12.5%
Autocastration par les ongles	1	12.5%

**Figure 14 : Les ongles utilisés chez le patient auto castré (PubMed Pr. Ahsaini)**



Figure 15 : Utilisation du gros anneau pour l'automutilation (service d'urologie C.H.U. HASSAN II Fès)

2.2 Délai de consultation :

Le délai de consultation des patients était variable entre les premières 12 heures chez 06 patients (75%), et entre 12 et 24 heures après l'incident chez un seul patient (12.5%), et le deuxième jour chez un seul patient (12.5%).

Tableau 3 : Répartition des patients selon le délai de consultation après l'incident

Délai de consultation	Nombre	Pourcentage
0-12 heures	6	75%
12-24 heures	1	12.5%
2ème jour	1	12.5%

III. Diagnostic positif :

3.1 Clinique :

Le diagnostic de l'automutilation des organes génitaux externes était retenu devant le contexte clinique, et les résultats anamnestiques de la famille, avec une instabilité de l'état hémodynamique chez 04 patients (50%).

Sur le plan psychiatrique : une euphorie et une indifférence émotionnelle chez 05 patients (62.5%) et une agitation psychique chez 02 patients (25%).

L'examen clinique à l'admission avait mis en évidence un pénis amputé à sa racine chez 03 patients (37,5%), un pénis amputé à sa partie médiane chez 02 patients (25%), un pénis sectionné à sa racine chez 02 patients (25%), une autocastration chez un seul patient (12,5%), suivie d'une douleur vive chez 07 patients (88,5 %).

Le saignement actif était observé chez 05 patients (62%), le globe vésical chez un seul patient (12.5%), les urétrorragies étaient constatées chez 02 patients (25%), une verge tuméfiée avec des phlyctènes et cyanose chez un seul patient (12,5%), l'amputation totale de la verge à sa racine en emportant une large plage du scrotum laissant les testicules en partie à nu était retrouvée chez un seul patient (12.5%), les testicules extériorisés avec une blessure visible sur le dessus de son hémiscrotum droit mesurant 4 cm avec une ecchymose s'étendant de son scrotum à la région inguinale, avec un hématome scrotal étaient constatés chez un seul 01 patient (12.5%), aucun patient n'avait eu un hématome localisé au niveau de la verge ni de la grosse bourse



Figure 16 : Autocastration par les ongles (PubMed Pr. Ahsaini)



Figure 17 : Amputation médio pénienne



Figure 18 : Pénis amputé à sa racine

(Fig. 17/18 : service d'urologie C.H.U HASSAN II FES)

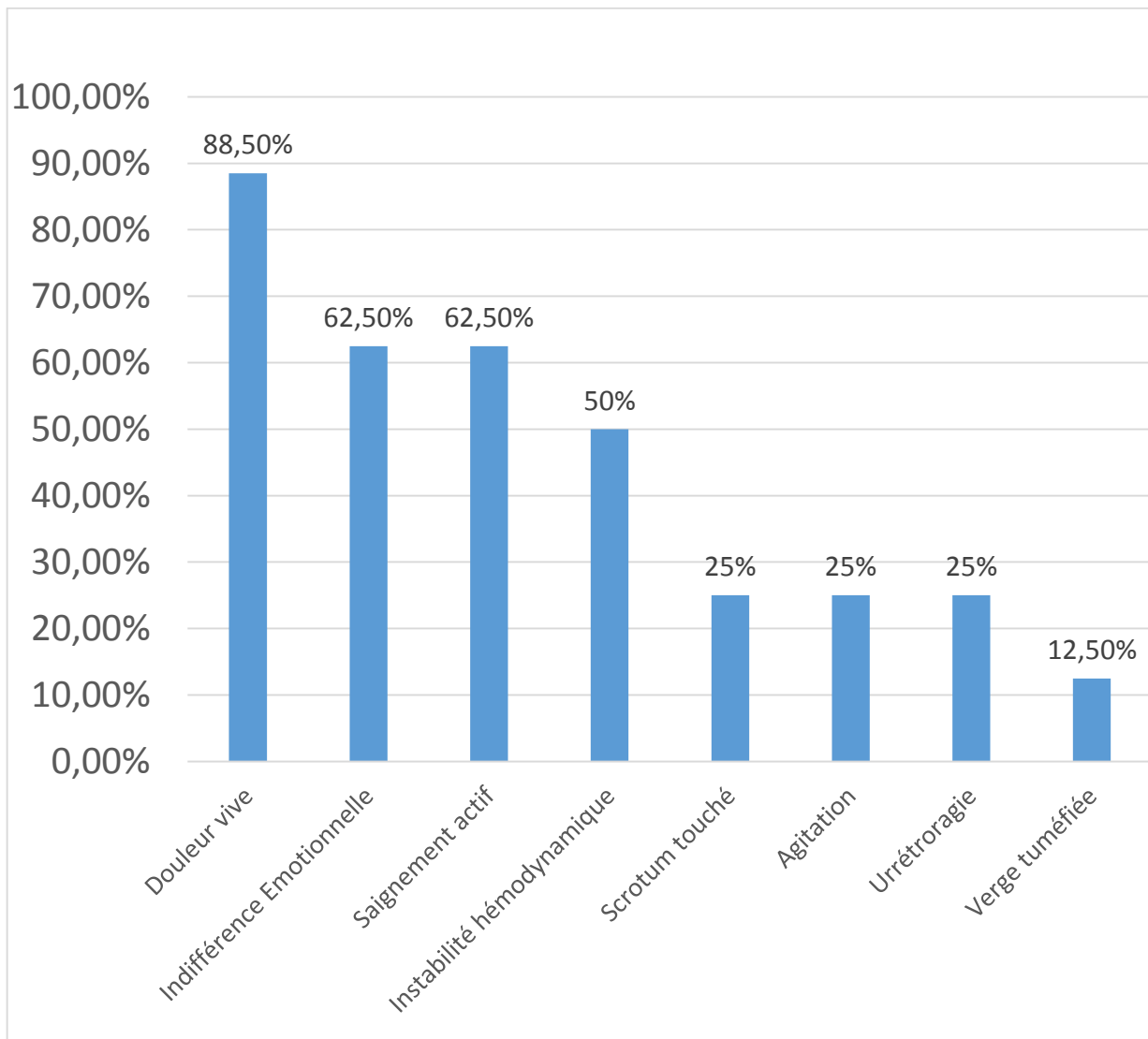


Figure 19 : Répartition des patients selon les signes cliniques

3.2 Caractéristiques de l'automutilation :

Le site de l'automutilation était medio pénienne chez 02 patients (25%), à la racine du pénis chez 05 patients (62.5%), et au niveau du scrotum chez un seul patient (12.5%)

Il s'agissait d'une section chez 03 patients (37.5%), d'une amputation totale du pénis chez 02 patients (25%), et d'une amputation partielle chez 02 patients (25%).

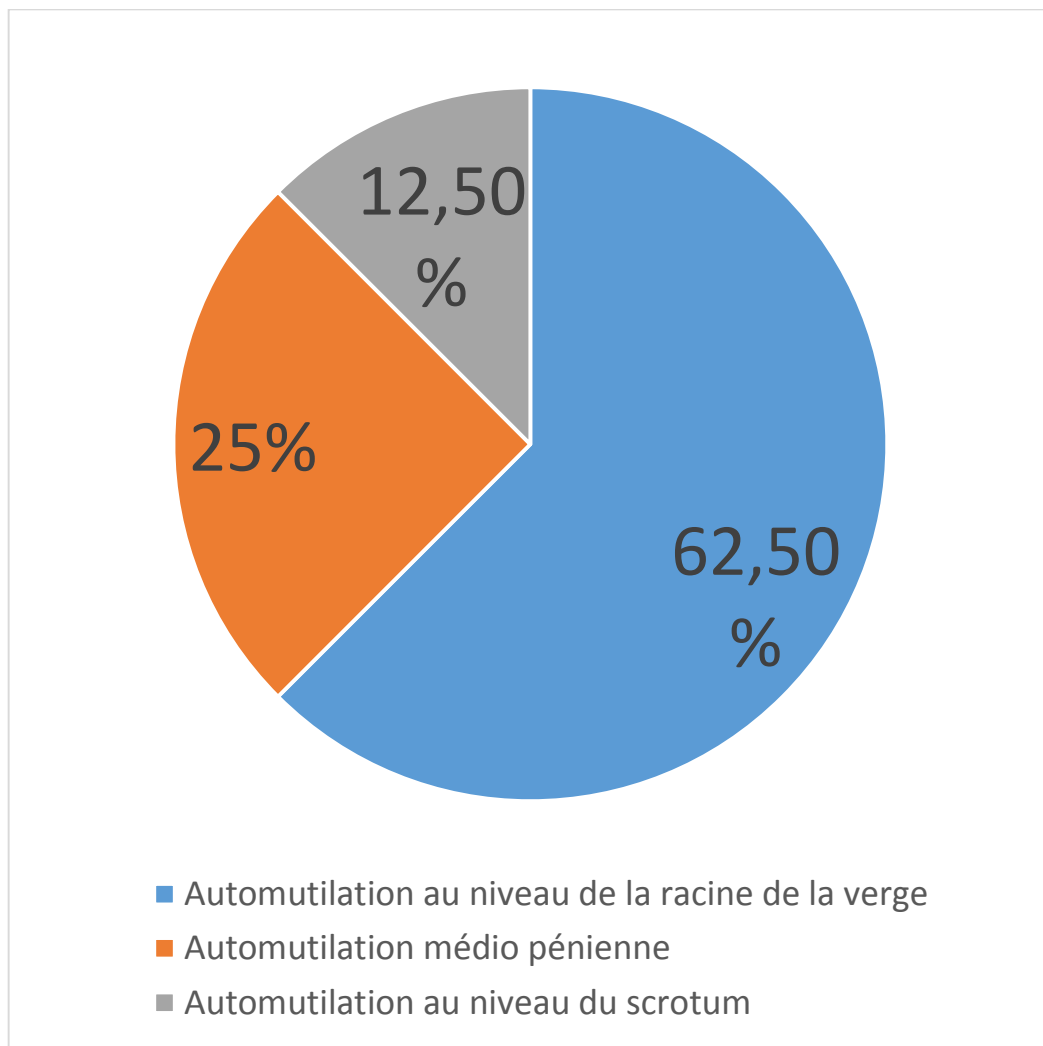


Figure 20 : Répartition des patients selon le site de l'automutilation

3.3 Paraclinique:

Pour la majorité de nos patients, nous avons jugé inutile le recours à tout examen complémentaire pour confirmer le diagnostic de l'automutilation de la verge, nous nous étions basé purement sur le contexte de survenue et sur la clinique, sauf pour un seul patient qui a été admis pour autocastration où une tomodensitométrie avec contraste intra veineux a été réalisée pour localiser le cordon spermatique.

Un bilan biologique à base d'hémogramme était indiqué chez tous les patients pour apprécier les degrés du saignement

IV. traitement :

Tous les patients de notre série ont été traités chirurgicalement après stabilisation de l'état hemodynamique, puis ils ont été référés au service de psychiatrie pour complément de prise en charge thérapeutique dont l'objectif était de mieux appréhender le sens de leur comportement et de trouver d'autres issues que le passage à l'acte

a. Traitement médical :

Nos 08 patients ont bénéficié d'un traitement médical en fonction du contexte de chaque patient :

- 02 patients ont été mis sous traitement médical à la base de benzodiazépines vu l'état psychique avant le geste chirurgical.
- Tous les 08 patients ont été mis sous anti inflammatoires et antalgiques pendant une semaine.
- L'antibiothérapie à base de l'amoxicilline protégée en post opératoire était presque systématique.

4.2 Traitement chirurgical :

Tous les patients ont été opérés sous rachianesthésie :

a) *Voie d'abord:*

Les 08 patients ont été opérés par voie élective

b) *Techniques chirurgicales :*

b.1) Urétrostomie cutanée :

L'urétrostomie est indiquée en cas d'impossibilité de réalisation d'une réimplantation dont l'objectif est de reconstruire un méat urétrale

Lors de notre étude, on a constaté que 05 patients ont bénéficié en premier temps d'une urétrostomie autour d'une sonde vésicale vu qu'aucune tentative de réimplantation n'a été essayée, alors que deux patients ont bénéficié de l'urrétrostomie en deuxième temps après l'échec de la réimplantation



**Figure 21 : L'urrétrostomie autour d'une sonde Foley Tutrice (servie d'urologie
C.H.U. HASSAN II FES)**

b-2 : Réimplantation :

La réimplantation doit être toujours considérée réalisée surtout si la partie amputée est préservée en hypothermie, notre étude avait objectivé deux tentatives de reimplantation :

- le premier patient qui a été admis aux urgences pour une verge sectionnée partiellement à sa racine de façon franche avec hémostase parfaite, le segment distal mis dans un bol de glaçons, ou il a bénéficié d'une reimplantation de la verge sans anastomose vasculaire avec un temps urétral en premier, mais il a été repris cinq jours plus tard pour nécrose du segment réimplanté ou une urrétrostomie a été réalisée.



Figure 22 : La réimplantation chez le patient qui a sectionné à sa racine (servie d'urologie C.H.U. HASSAN II FES)

- le deuxième patient a été admis pour amputation à la racine de la verge avec état de choc hémorragique, le patient a été admis au bloc opératoire où il a bénéficié d'une reimplantation de sa verge, sans anastomose microchirurgicale des

vaisseaux dorsaux de la verge, le temps urétral a été fait en premier par une suture au fil résorbable sur une sonde de Foley 18 ch siliconée puis un suture de l'albuginé en deuxième temps.

b.3) Reconstruction pénienne :

Lors de notre étude rétrospective, aucun de nos patients n'a bénéficié d'une tentative de la reconstruction pénienne.

b-4) Geste chirurgical utilisé devant l'autocastration :

Un de nos patient a été admis aux urgences pour une ulcération scrotale unilatérale, avec une extériorisation des deux testicules, avec choc hemodynamique, le patient a été admis au bloc opératoire : une hémostase a été facilement obtenue après ligature des deux cordons spermatiques, le dartos et la peau ont ensuite été fermés en deux couches avec un bon résultat post opératoire.

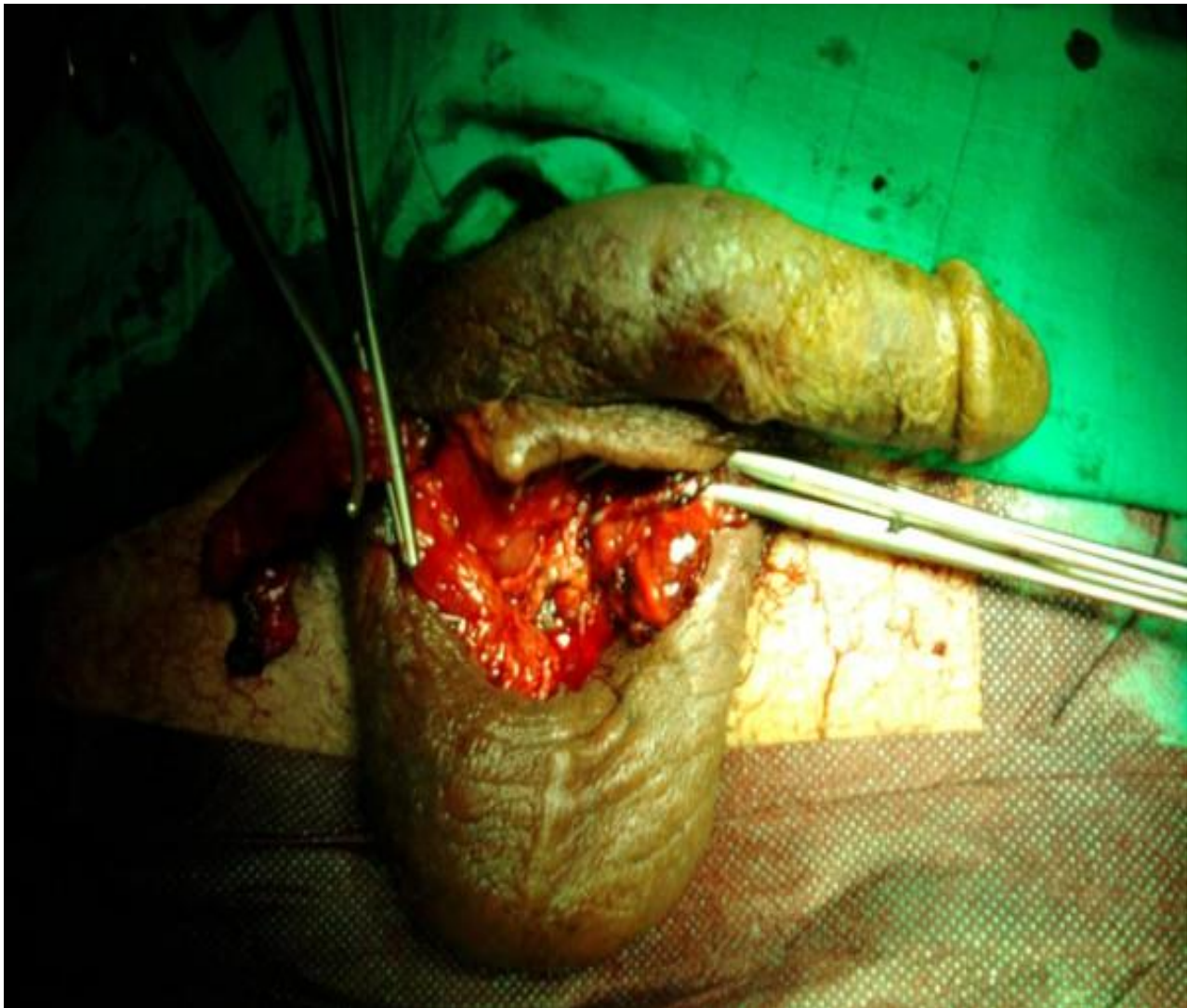


Figure 23 : Ligature des deux cordons spermatiques (PubMed Pr. Ahsaini)

c) Durée de l'intervention :

La durée moyenne de l'intervention était de 45 minutes avec des extrêmes allant de 35 minutes à 180 minutes.

d) Les suites opératoires :

Les suites opératoires précoces étaient simples chez tous les patients.

V. Durée moyenne de l'hospitalisation :

Le séjour hospitalier varie entre 02 jours et 10 jours, en moyen :

3 jours.

VI. Evolution-complications :

L'évolution était favorable chez nos patients en dehors de deux patients qui ont bénéficié de la reimplantation pénienne ou l'évolution a été marquée par la nécrose du segment implanté.

VII. avis psychiatrique :

Tous les 08 patients ont été référés immédiatement après surveillance des suites opératoire au service de psychiatrie pour traiter le problème psychiatrique déclenchant le geste de l'automutilation où ils ont bénéficié d'une prise en charge psychiatrique multidisciplinaire comprenant le traitement pharmacologique à base des antidépresseurs, antipsychotiques ou thymorégulateurs, ou d'une psychothérapie dont l'objectif est de mieux appréhender le sens de leur comportement de l'automutilation et de trouver d'autres issues que le passage à l'acte.

DISCUSSION

1. Epidémiologie :

L'automutilation est définie comme des blessures répétitives et volontaires infligées au corps mais sans intention de se donner la mort [174]. L'automutilation génitale demeure un phénomène très rare voire anecdotique [175, 176, 177], depuis le premier cas rapporté le début du XXème siècle, 110 cas ont été rapportés [178] Elle est observée, essentiellement, chez des adultes jeunes de sexe masculin [179, 180], c'est un acte qui a comme cible une région très significative pour le patient. La plupart des cas rapportés dans la littérature n'intéressent que les organes génitaux exclusivement, le pénis étant l'organe le plus touché [181, 182]. Dans notre étude on a colligé 08 cas sur une période de 10 ans allant du 01 janvier 2010 jusqu'au 31 décembre 2019 dans le service d'urologie CHU HASSAN II FES.

La première autocastration rapportée dans la littérature médicale a été faite par Ströch en 1901 et qui a intéressé une automutilation scrotale [157]. Cependant dans l'histoire on rapporte des cas d'automutilations génitales dans des cadres essentiellement rituels ou de sacrifice et symbole de fidélité comme à l'ère romaine où ce rite était considéré par les prêtres comme le sacrifice religieux suprême [158, 159].

Toutes les grandes religions monothéistes interdisent la castration volontaire. Dans l'ancien testament, toute forme de mutilation est strictement interdite, tout particulièrement la castration ; il est dit dans le Deutéronome 23,2 : "Celui qui a les testicules mutilés ou la verge coupée n'entrera pas dans l'assemblée de Yahvé". Le judaïsme condamne fermement toute automutilation, problème abordé à diverses reprises dans le talmud et la Michna. Le christianisme, dès le début condamna sévèrement l'autocastration, non seulement chez les païens mais chez tous ceux qui interpréteraient à la lettre les paroles de l'évangéliste Matthieu [160]. A l'Islam, ni la circoncision, ni les incisions rituelles, ni la castration ne sont mentionnés dans le Coran [161].

Les automutilations ne sont pas pathognomoniques d'une affection particulière, mais elles sont fréquemment en rapport avec une morbidité psychique. Selon la littérature, il s'agit de patients jeunes dont l'âge moyen rapporté dans notre étude est de 31 ans. La fréquence de ces automutilations serait d'environ 1% de la population générale aux USA.

L'automutilation est plus fréquente dans la population masculine [197] et survient le plus souvent chez l'adulte jeune [198], comme c'est le cas chez la plupart de nos patients (75% des patients entre 20 et 49 ans et 25% des patients plus de 50 ans)

La population féminine serait surreprésentée, avec des chiffres variables et contradictoires.

La prévalence en milieu hospitalier psychiatrique est estimée de 30 à 60 % dans une population adolescente [17].

L'automutilation a toujours une fonction psychologique [199]: elle atténue les émotions perturbatrices résultant d'un stress, satisfait un manque sous-tendu par les neuromédiateurs (endorphines, dopamine), déplace une douleur morale sur le corps, communique à autrui une souffrance psychologique, réifie le sentiment d'exister dans les états de dépersonnalisation et enfin, répond à un sentiment de culpabilité.

L'énucléation du globe oculaire ou sa destruction, l'amputation d'un membre, la mutilation des organes génitaux sont les 3 types d'automutilation les plus fréquemment retrouvées dans la littérature [198].

L'incidence des automutilations génitales est mal connue puisque selon Lennon [203] la majorité des cas ne sont pas rapportés par le malade ou la famille.

L'automutilation génitale survient sur un terrain psychotique dans 87 % [200]. Le passage à l'acte est précipité par un sentiment profond de frustration lié à une

dysfonction érectile [201], à une prise de drogue [202] ou comme c'est le cas de notre 3 ème patient qui souffrait d'une dysfonction érectile poussant le patient à réaliser le geste.

Si la psychose est en cause dans 80 % des cas d'automutilation dans la population masculine, chez la femme, les automutilations se rencontrent surtout chez des patientes ayant des troubles de l'humeur, des structures psychopathologiques et des déviations du comportement alimentaire avec des antécédents d'agression sexuelle [204].

L'automutilation génitale a également été documentée dans d'autres populations de patients, y compris des personnes souffrant de pathologie du caractère [205], de toxicomanie [206], de problèmes d'identité de genre [207], de problèmes de contenu religieux, de culpabilité, de conflits sexuels et ayant des antécédents. De dépression avec une tentative de suicide sévère, une privation infantile sévère, la perte d'un père et des troubles de l'identité sexuelle spécifiques aux hommes [208]. Peu de cas ont été signalés au cours des 20 dernières années, nous rapportons ici le premier cas d'un patient qui s'est mutilé ses testicules avec ses longs ongles sous l'influence du cannabis, de nombreuses théories considèrent l'automutilation comme une stratégie pour réduire la détresse ou la tension, l'expression de la colère ou de la honte, ou un comportement manipulateur, certains auteurs associent ce comportement à un trouble de la personnalité limite [209] ou le traitent comme un moyen pour le patient de contrôler les expériences traumatisantes de l'enfance [210]. Notre 8 ème patient, cependant, n'avait aucun antécédent de traumatisme infantile ou de trouble de l'axe II. Une consommation élevée de cannabis juste avant son acte nous a fait croire que l'abus de cannabis était le déclencheur de l'automutilation testiculaire L'automutilation peut également être liée à des difficultés de contrôle des impulsions, comme ici. Dans tous les cas,

les caractéristiques cliniques de l'automutilation sont multiples et ses étiologies restent un sujet de débat.

Le cannabis, également connu sous le nom de «marijuana», «marihuana», «haschisch» et «ganja», est une drogue psychoactive, interdite dans de nombreux États. Il est très répandu en Afrique, en particulier au Maroc et en Amérique du Sud. Il existe une relation étroite entre la dopamine et l'automutilation.

Le comportement complexe associé à l'abus de cannabis peut être une cause d'automutilation. Chez les animaux, le delta-9-tétrahydrocannabinol améliore la neurotransmission dopaminergique dans les régions du cerveau connues pour être impliquées dans la psychose. Des études chez l'homme montrent que la vulnérabilité génétique peut augmenter le risque de développer une psychose et des troubles cognitifs après la consommation de cannabis. Le delta-9-tétrahydrocannabinol induit des états psychotiques et des troubles de la mémoire chez des volontaires sains [211].

Un dysfonctionnement des circuits cérébraux inhibiteurs dans la toxicomanie [212] pourrait expliquer pourquoi ce patient a perdu le contrôle et s'est mutilé après la consommation de drogues.

De nombreux cas d'utilisation d'anneaux de strangulation de la verge ont été décrits afin de prolonger l'érection. Il peut s'agir d'anneaux vendus spécifiquement pour être placés autour des parties génitales appelés communément cockring ou d'objets divers et variés : bagues, écrous, clefs à pipe, goulots de bouteille, vertèbres de moutons, cheveux, joints toriques, tuyauteries (Bart et al. 2008). L'utilisation d'une bague de prière n'est pas fortuite chez notre 3^{ème} patient qui a mis un gros anneau à la racine de la verge pour agrandir son pénis.

**Table 2.—Demographic Profile of Male Genital
Self-mutilators**

	No. of Cases (N = 53)	% of Total
Age, yr		
Unknown	4	8
≥19	1	2
20-29	16	30
30-39	13	24
40-49	10	19
50-59	5	9
≥60	4	8
Race		
White	49	92
Black	3	6
Other	1	2
Marital status		
Single	34	64
Married	16	30
Divorced	3	6
Fatherhood		
No children	46	87
Children	7	13

2. diagnostic positif :

Cliniquement, les automutilations se présentent dans des aspects très variables allant du simple grattage des organes génitaux externes jusqu'aux tableaux les plus spectaculaires d'autocastration ou d'amputation de pénis. Il n'existe pas de consensus autour des étiologies de ce trouble mais plusieurs hypothèses ont été avancées quant à l'origine de ce comportement.

Les conceptions psychanalytiques de l'automutilation considèrent ce phénomène multiforme comme l'expression de la dramatisation des processus de lutte contre l'anéantissement prenant racine dans la dépression initiale et réactivés dans la situation œdipienne. Processus dominés par les notions de narcissisme et de masochisme primaire, les gestes auto-vulnérants s'intègrent dans la dialectique de la castration. Il s'agit pour certains d'entre eux, à l'instar de bon nombre de mutilations sociales, de gestes propitiatoires [183].

Les sentiments de culpabilité [175, 184, 185], les troubles de l'identité sexuelle (identité de genre), et le fond de sous-estime de soi [180, 185] constituent les facteurs de risque prévalant chez les patients souffrant d'une dysfonction érectile, la signification psychopathologique prévalent de cet acte serait de nature incestueuse [186].

Certains auteurs considèrent un tel passage à l'acte comme un équivalent suicidaire [186], ou une sorte de suicide focal [187]. Certains auteurs considèrent les automutilations comme des facteurs de protection contre le suicide, les autres insistent sur le facteur de risque suicidaire important représenté par les automutilations. En effet, les automutilateurs avec des tentatives de suicide ont un risque suicidaire plus élevé, car ils expriment plus de désespoir et d'impulsivité et surtout ils sous-estiment la létalité de leurs tentatives de suicide [188].

Une revue de la littérature comprenant la série des GREILSCHEIMER et GROVES [179], puis celle de SCHWEITZER [189] avec respectivement 52 et 20 cas montre que dans 87% des cas, il existe un terrain psychotique dont 28,5% sont imputables à une schizophrénie. Chez les patients non psychotiques, on retrouve les transsexuels, la dysérection ainsi que la notion d'intoxication à l'alcool ou à la drogue dans 25%, [190, 191].

Une autre revue de littérature a retrouvé 110 cas, dont la plupart ils sont dus à des psychoses associées à des conflits sexuels et à des propos délirants de thèmes mystico-religieux, et les cas des non psychotiques étaient représentés par les troubles de l'identité sexuelle [175]. Outre la psychose on trouve parmi les troubles psychiatriques incriminés, le trouble dysmorphophobique, la personnalité histrionique et les troubles de l'identité sexuelle [192]. Un cas d'un trouble de l'humeur durant un épisode maniaque a été rapporté dans la littérature [193].

Comme l'illustre bien notre série, la plupart des patients consultent immédiatement ou au plus tard le jour même de l'acte mais parfois le délai peut être long (en cas de lésion mineur) ou être révélé par une complication comme un état de choc hémorragique ou une rétention aiguë d'urine [194]. Notre étude a objectivé que 75% des patients ont consulté dans le premier jour dont 3 patient ont présenté une instabilité de l'état hemodynamique.

Les complications sont variables, liées essentiellement aux matériaux utilisés, la durée de la strangulation et à la sévérité de la striction : œdème de la verge, amputation de la verge, fistule urétrale, gangrène de Fournier (Bart et al. 2008 ; Moufid et al. 2004).

3. Traitement :

L'automutilation survient donc sur un terrain particulier qui nécessite une collaboration étroite avec le psychiatre. Cette collaboration conduira au traitement du trouble psychiatrique concomitamment à la réparation des lésions uro-génitales.

La prise en charge thérapeutique dépend de plusieurs paramètres, tout d'abord le délai de consultation qui conditionne l'éventualité d'une réimplantation de la verge, et l'état mental du patient car l'automutilation avec signification suicidaire est très grave, l'hospitalisation et l'utilisation des psychotropes assurent

dans la majorité des cas une stabilisation des situations psychiatriques permettant aux patients de réaliser la gravité de leur geste. Ainsi on est devant deux situations: En cas de prise en charge tardive, l'état mental du patient ne permette pas une réimplantation ou si la partie sectionnée est trop abîmée, on se contente de refermer les corps caverneux et de réaliser un néo-méat urétral de façon à permettre au patient d'uriner dans les meilleures conditions possibles [183].

La deuxième situation, si la partie amputée a été sectionnée de façon nette, la réimplantation est possible. La réimplantation de la verge sans anastomose Microchirurgicale est possible, mais pourvoyeuse d'un grand nombre de séquelles (nécrose cutanée, sténoses de l'urètre, la nécrose ou la momification du gland) [195].

L'approximation simple des corps caverneux n'est donc pas suffisante. Elle doit cependant constituer le premier temps de la chirurgie, de façon à «stabiliser» le champ opératoire. La réimplantation de la verge doit donc se faire en s'aidant des techniques de microchirurgie. Du fait des anastomoses existant entre le système artériel superficiel et profond, la réparation du plexus artériel dorsal de la verge est suffisante pour rendre au patient une fonction de la verge satisfaisante. Si le segment artériel du bout d'aval est trop abîmé pour une anastomose, on peut éventuellement proposer une revascularisation par artérialisation de la veine dorsale de la verge à l'aide d'une artère épigastrique. En ce qui concerne l'urètre, il est préférable de le réparer par une anastomose à points séparés de fil mono filament de polydioxanone à résorption lente 4/0, après en avoir spatulé les deux extrémités. On tente de préserver le maximum de peau de la verge, notamment au niveau du prépuce, dans l'éventualité d'une greffe ultérieure [196].

Dans notre série La prise en charge de nos patients était une urétrostomie cutané chez 06 patients avec réimplantation chez deux autres avec une nécrose de la verge réimplantée après 05 jours. Un avis psychiatrique a été demandé chez tous nos patients.

Une intervention psychiatrique intégrée de type liaison peut être efficace pour améliorer l'observance du traitement psychiatrique, les résultats chirurgicaux et réduire la consommation médicale [216]. Pour notre 8 ème patient qui a été admis aux urgences pour une autocastration, la première étape du traitement de notre patient a été d'admettre à l'unité chirurgicale pour réaliser une hémostase. Nous avons d'abord dû effectuer une tomodensitométrie avec contraste intraveineux pour localiser son cordon spermatique, car notre choix d'incision dépendait de son emplacement. Si le cordon spermatique n'est pas rétracté, une incision scrotale doit être pratiquée, mais dans les cas où le cordon spermatique n'est pas visible, une exploration inguinale ou rétro péritonéale doit être tentée pour accéder aux vaisseaux testiculaires et assurer l'hémostase. Deuxièmement, des preuves ont impliqué une déplétion sérotoninergique et une stimulation dopaminergique dans les comportements d'automutilation, soutenant l'utilisation de la paroxétine et de la rispéridone, respectivement, dans ce cas [217, 218]. Certains auteurs ont autorisé l'utilisation de stabilisateurs de l'humeur tels que le lithium, l'acide valproïque ou la carbamazépine comme traitements alternatifs. Le rôle de la psychothérapie peut être efficace pour ces patients en établissant une alliance thérapeutique avec un fournisseur de soins et en fournissant un soutien de l'ego. Enfin, une hormonothérapie substitutive à base de testostérone a été proposée au patient et à sa famille (avec différentes présentations pharmaceutiques: intramusculaire, orale, patch). Les risques de ne pas traiter cet état de castration ont été illustrés, les principaux risques étant cardiovasculaires et ostéoporotiques, et d'autres risques mineurs, notamment l'asthénie, l'obésité et les troubles de l'humeur.

4. Evolution-complication :

La surveillance est double, clinique (coloration, chaleur, sensibilité) et radiologique (écho-doppler pénien). Les complications possibles de cette chirurgie sont en plus les fistules uréthro-cutanées, les sensations subjectives de « membre fantôme » [183].

L'évolution était favorable chez 05 patients. Chez deux patients était marquée par une nécrose de la verge et donc une urétérostomie cutanée par la suite, et 3 patients perdus de vie.

CONCLUSION

L'automutilation génitale est une situation très grave, mais fort heureusement rare, qui a des significations psychiatriques très importantes et des répercussions urologiques et sexuelles parfois très handicapantes. Sa gestion impose une collaboration étroite dès l'admission entre urgentiste, urologue et psychiatre.

Sauver le pronostic vital du patient et évaluer puis stabiliser son état psychologique sont les premiers pas de la prise en charge.

Si une stabilisation psychiatrique est obtenue dans la majorité des cas, le pronostic urologique et sexuel se joue à long terme et est très dépendant de la gravité des lésions, de la précocité et de l'efficacité de la prise en charge chirurgicale initiale.

ANNEXES

Annexe 1 :

Fiche d'exploitation:

Nom		N° dossier	
Prénom		Date d'entrée	
Age		Date de sortie	
Statut marital			
Antécédents			
Circonstances de survenue du traumatisme			
Délai de consultation			
Examen clinique à l'admission *etat hemodynamique *etat psychique <u>*Examen clinique de la verge :</u>			
Type d'automutilation	Section	amputation	autocastration
<i>Siege de la lésion</i>	<input type="checkbox"/> <i>Verge</i>	<input type="checkbox"/> <i>Bourses</i>	
<i>Douleurs</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>	
<i>Saignement actif</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>	
<i>Urétrorragie</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>	
<i>Siege au niveau de la verge</i>	<input type="checkbox"/> <i>Racine de la verge</i>	<input type="checkbox"/> <i>Proximale</i>	
<i>Globe vesical</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>	
<i>Amputation de la verge</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>	
<u>*Examen cliniques des bourses :</u>			
<i>Autocastration des testicules</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>	
<i>Etat du scrotum</i>	<input type="checkbox"/> <i>Conservé</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ouvert</i>	
<i>Etat des testicules</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nus</i>	<input type="checkbox"/> <i>Couverts</i>	
<i>Douleurs</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>	
<i>Grosse bourse</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>	
<i>Hématome scrotale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>	
<i>Urétrorragie</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>	
<i>Rétention aigue d'urine</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>	

<i>Autres sieges d'automitulation</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>
<i>Lésions viscérales</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>
Résultats de l'échographie		
Autres examens d'imagerie		
Traitement chirurgical		
<u>*La verge :</u>		
<i>-Voie d'abord</i>	Elective	Circonférentielle
<i>-Technique chirurgicale</i>		
<i>-Caractéristiques de l'automitulation</i>		
Totale		Partielle
Distale		Proximale
Section		Amputation
<i>-lésions associés</i>		
<i>-Durée de l'intervention</i>		
<i>-type de l'urétrostomie</i>		
<i>-Complications peropératoires</i>		
Reimplantation de la verge	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non</i>
<u>*Autocastration des testicules:</u>		
<i>-Résultats de tomodensitométrie avec contraste intraveineux</i>		
<i>-Geste chirurgical</i>		
<u>*Traitement médical et surveillance</u>		
<i>-Verge</i>		
<i>-Bourses</i>		
<u>*Délai d'hospitalisation</u>		
<u>*Evolution et complication</u>		
<i>-Verge</i>		
<i>-Bourses</i>		
<i>-Evolution de la reimplantation</i>		
<u>*Avis psychiatrique:</u>		

RESUME

Résumé :

Les automutilations des organes génitaux externes sont des blessures infligées aux organes génitaux externes, le plus souvent sans intention suicidaire, la première description scientifique a été faite par STROCH en 1901, avec peu des cas qui ont été publiés dans la littérature, l'automutilation survient dans la majorité des cas sur un terrain psychotique mais elle peut être secondaire à d'autres troubles tels que la dysfonction érectile et chez les patients transsexuels.

A travers l'étude rétrospective de nos huit cas entre janvier 2010 et décembre 2019, nous ferons le point sur les mécanismes psychopathologiques responsables de cette affection ainsi que les modalités de prise en charge urologique et psychiatriques

Lors de cette étude nous rapportons une série de cas de sexe masculin âgés entre 30 ans et 55 ans, le type de lésion est variable : 7 cas d'amputation totale ou partielle de la verge et un seul cas d' autocastration des testicules. 90% des cas étudiés avaient présentés un terrain psychiatrique, la prise en charge était une urétrostomie chez 7 cas sur 8 cas. L'évolution des patients ayant bénéficiés d'une réimplantation de la verge a été marquée dans la plupart des cas par la nécrose.

Abstract:

Self-mutilation of the external genital organs are injuries inflicted on the external genital organs, most often without suicidal intent, the first scientific description was made by STROCH in 1901, with few cases that have been published in the literature, self-harm occurs in the majority of cases on a psychotic basis but it can be secondary to other disorders such as erectile dysfunction and in transsexual patients.

Through the retrospective study of our eight cases between January 2010 and December 2019, we will take stock of the psychopathological mechanisms responsible for this condition as well as the methods of urological and psychiatric management

In this study, we report a series of male cases between 30 and 55 years of age, the type of lesion is variable: 7 cases of total or partial amputation of the penis and only one case of autocastration of the testes. 90% of the cases studied had presented a psychiatric field, the management was an urethrostomy in 7 cases out of 8 cases. The course of patients who underwent reimplantation of the penis was marked in most cases by necrosis.

ملخص:

تشويه الذات للأعضاء التناسلية الخارجية هي إصابات تحدث على الأعضاء التناسلية الخارجية، في معظم الأحيان دون نية انتحارية، أول وصف علمي تم إجراؤه بواسطة STROCH في عام 1901، مع عدد قليل من الحالات التي تم نشرها في الأدبيات، يحدث إيذاء ذاتي في معظم الحالات على أساس ذهاني ولكن يمكن أن يكون ثانويًا لاضطرابات أخرى مثل ضعف الانتصاب والمرضى المتحولين جنسيًا.

من خلال الدراسة بأثر رجعي لحالاتنا الثماني بين يناير 2010 وديسمبر 2019، سنقوم بتقييم الآليات

النفسية المرضية المسؤولة عن هذه الحالة وكذلك طرق إدارة المسالك البولية والنفسية

في هذه الدراسة نذكر سلسلة من حالات الذكور تتراوح أعمارهم بين 30 و55 سنة، ونوع الآفة متغير: 7 حالات بتر

كلي أو جزئي للقضيب وحالة واحدة فقط من الخصية التلقائية للخصيتين. 90% من الحالات التي تمت دراستها قدمت مجالًا نفسيًا،

وكانت الإدارة عبارة عن فغر الإحليل في 7 حالات من أصل 8 حالات. تم تحديد مسار المرضى الذين خضعوا لإعادة زرع

القضيب في معظم الحالات عن طريق النخر

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. LAVOISIER P, COURTOIS F, BARRES D, BLANCHARD M Correlation between intracavernous pressure and contraction of the ischiocavernosus muscle in man. *J Urol* 1986 ; 136 : 936–939
- [2]. ROUVIERE. Traité d'anatomie humaine. Masson. Paris 1970 ; tome 1
- [3]. MILLANT R. : Sur l'état mental des skopty, Paris Medical, 1912 ; 28 : 115–119.
- [4]. MILLANT R. : Les eunuques à travers les âges. Vigot Frères, Paris 1908:24.
- [5]. ANDROUTSOS G., GEROULANOS S. : Les différents types d'eunuques de L'état byzantin : leur rôle et leur sens symbolique. *Sexologies*, 2003 ; 12/43: 39–50.
- [6]. ANDROUTSOS G., GEROULANOS S. : L'eunuchisme à Byzance. *Prog*
- [7]. ANDROUTSOS G., MARKETOS S. La castration à travers les âges. *Andrologie*
- [8]. DE AJURIAGUERRA, J. *Manuel de psychiatrie de l'enfant (Deuxième édition)*. Paris : Masson, 1974 : 1089 p.
- [9]. LORTHIOIS, M-M. *De l'automutilation et suicides étranges*. 260 f. Thèse d'exercice : Médecine. Lille : 1909 : 21.
- [10]. LORTHIOIS, M-M. *De l'automutilation et suicides étranges*. 260 f. Thèse d'exercice; Médecine. Lille : 1909 : p. 11.
- [11] RICHARD, B. Les comportements de scarification chez l'adolescent. *Op. Cit.* : p.134.
- [12] LAMBERT, S, DUPUIS, G, GUISSÉAU, M, VENISSE, J-L. Automutilations à répétition du sujet jeune : parlé un même langage. *Synapse*, 2004 Nov: 209: p. 25.
- [13]. Favazza, AR. *Bodies under sieges (second edition)*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1996: 373 p
- [14]. Derouin N, Bravender T. Living on the edge: The current phenomenon of selfmutilation in adolescents. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 2004, 29, 12– 20.

- [15]. Menninger K. Man against himself. New York: Harcourt Brace Jovanovich Publishers, 1985: 429p.
- [16]. American psychiatric association. DSM - IV - TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduction française de la 4^{ème} édition, texte révisé). Issy-les-Moulineaux : Masson, 2004.
- [17]. GICQUEL, L, C ORCOS, M, RICHAUD, B, GUELFY, J-D. Automutilations à l'adolescence. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Traité de Psychiatrie*, 2007[37-216-J-10].
- [18]. ZLOTNICK, C, MATTIA, J, ZIMMERMAN, M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999; 187(5): 296-301.
- [19]. Bohus M, Limberger M, Ebner U, Glocker FX, Schwartz B, Wernz M, Lieb K. Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry*
- [20]. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reinch DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10 years course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 117:177-84.
- [21]. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abouabdellah T, Guelfy JD, Rouillam F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review. *Encephale*. 2008;34:452-8
- [22]. Lennon S: Genital self-mutilation in acute mania. *Med J Aust* 50:79-81. 1963.
- [23]. Kosciolk E: Traumatic injuries to sexual organs. *Pol Przegl Chir* 43:1017-1021, 1971.
- [24]. Berlin LM: Genital self-mutilations by mental patients. *J Urol* 70:648-655, 1953.

- [25]. Galleher EP, Kiser WS: Injuries of the corpus cavernosum. *J Urol* 85:949–953, 1961.
- [26]. Best JW, Angelo JJ, Milligan B: Complete traumatic amputation of the penis. *J Urol* 87:134–138, 1962.
- [27]. Mendez R, Kiely WF, Morrow JW: Self-emasculatation. *J Urol* 107:981–985, 1972.
- [28]. Berlin LM, Grueneberg J: Genital self-mutilations by mental Patients. *J Urol* 59:635–641, 1948.
- [29]. Stroch D: Self-castration. *JAMA* 36:270, 1901.
- [30]. Kenyon HR, Hyman RM: Total autoemasculatation. *JAMA* 151:207–210, 1953.
- [31]. HAWTON, K, RODHAM, K, EVANS, E, WEATHERALL, R. Deliberate self-Harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 2002 Nov 23 : 325(7374) : 1207–1211.
- [32] Israel JA, Lee K. Amphetamine usage and genital self-mutilation. *Addiction*. 2002; 97:1215–8].
- [33] Bhattacharyya R, Sanyal D, Roy K. Case of Klingsor Syndrome: When There is no Longer Psychosis. *Isr J Psychiatry Relat Sci – Vol 48 – No.1* (2011).
- [34] Thompson JN, Abraham TK. Male genital self-mutilation after paternal death. *Br Med J* 1983; 287: 727–728.
- [35]. Blacker KH, Wong N: Four cases of autocastration. *Arch Gen Psychiatry* 8:169–176, 1963.
- [36]. Hemphill RE: A case of genital self-mutilation. *Br J Med Psychol* 23–24:291–295, 1950–1951.
- [37]. Esman AH: A case of self-castration. *J Nerv Ment Dis* 120:79–82, 1954.

- [38].Berlin LM: Genital self-mutilations by mental patients. J Urol 70:648-655, 1953.
- [39].Anumonye A: Self-inflicted amputation of the penis in two Nigerian males. Nigerian Med J 3:51-52, 1973.
- [40].Schneider SF, Harrison SI, Siegal BL: Self-castration by a man with cyclic changes in sexuality. Psychosom Med 27:53-70, 1965.
- [41].Howard Greilsheimer, MD, James E. Groves, MD: Male Genital Self-mutilation. Arch gen psychiatry-Vol 36, April 1979
- [42].M. Kamoun-Siala, F. Bellaaj-Lachtar, M. Dammak, O. Amami, A. Jarraya : De la Dysérection à l'automutilation génitale (à propos d'un cas).Annales Médico Psychologiques 163 (2005) 588-594
- [43].Wagn K. Ce qui est le temps et ce qu'il n'est pas. Cité par E. Vilar, Le sexe polygame. Traduit R. Beck, Paris, Livre de Poche, 1975 : 107-9.
- [44] Kushner AW. Two cases of auto-castration due to religious delusions. Br J Med Psychol 1967; 40: 293±8
- [45].Greilsheimer H, Groves JE. Male genital self-mutilation. Arch Gen Psychiatry 1979; 36: 441±6
- [46].Aboseif S, Gomez R, McAninch JW. Genital self-mutilation.
- [47].Waugh AC. Autocastration and biblical delusions in schizophrenia. Br J Psychiatry 1986; 149: 656±8
- [48].Clark RA. Self-mutilation accompanying religious delusions: a case report and review. J Clin Psychiatry 1981; 42: 243±5
- [49].Ames D. Autocastration and biblical delusions in schizophrenia. Br J Psychiatry 1987; 150: 407
- [50].Borrill, J., Snow, L., Medlicott, R.T., & Paton, J. (2003). Learning from „Near Misses“: Interviews with Women who survived an Incident of Severe Self-Harm in Prison. The Howard Journal, 44(1), 57 - 69.

- [51].Young, M.H., Justice, J.V., &Erdberg, P. Risk of harm: Inmates who harm themselves while in prison psychiatric treatment. *Journal of Forensic Science*, 2006, 51(1), 156– 162
- [52].Jenelle Power ET Shelley L. Brown. L'automutilation : analyse documentaire et répercussions sur les services correctionnels. Service correctionnel du Canada Février 2010.
- [53].Gallop, R. Failure of the Capacity for Self- Soothing in Women Who Have a History of Abuse and Self- Harm. *Journal of the American P sychiatric Nurses Association*, vol. 8, no 1, p. 20– 26, 2002.
- [54].Lane RC. Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: the spider mother. *Psychoanal Rev* 2002;89(1):101-25.
- [55].Favazza AR. Bodies under siege: self-mutilation and body modification. In: *Culture and Psychiatry*, second edition. Baltimore: John Hopkins University press; 1996.
- [56].Carney MWP, Brozovic M. Self-inflicted bleeding and bruising. *Lancet* 1978; 4:924-5.
- [57].Lane RC. Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: the Spider mother. *Psychoanal Rev* 2002;89(1):101-25.
- [58].Fanton L, Schoendorff P, Achache P, Miras A, Malicier D. False rape: a case report. *Am J Forensic Med Pathol* 1999; 20(4):374-7.
- [59].FREUD, S.Psychologie des masses et analyse du moi in *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite bibliothèque Pavot 2001 :p. 129-242
- [60].MacLean G, Robertson BM. Self-enucleation and psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 242±9
- [61].Conacher GN, Westwood GH. Autocastration in Ontario federal penitentiary inmates. *Br J Psychiatry* 1987; 150:565±6

- [62]. Rana A, Johnson D. Sequential self-castration and amputation of the penis. *Br J Urol* 1993; 71: 750
- [63] Eke N. Genital self-mutilation. There is no method in this madness. *BJU Int* 2000; 85:295-298.
- [64]. Paris, J. Borderline Personality Disorder. *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'association médicale canadienne*, vol. 172, no 12, p. 1579-1583, 2005.
- [65]. Klonsky E, Oltmanns T, Turkheimer E. Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, n 8, p. 1501-1508, 2003.
- [66]. Andover, M., C. Pepper, K. Ryabchenko, E. Orrico, B. Gibb. Self-Mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide & life-threatening behaviour*, vol. 35, no 5, 581-591, 2005.
- [67]. Linehan, M. *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Genève, *Medicine ET hygiène*, 2000.
- [68]. Pao, P. The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Psychiatry*, no 42, p. 195-206, 1969.
- [69]. Darche, M. A Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital*, 1990, 21, 31-35.
- [70]. Laurence Claes, Walter Vandereycken, Hans Vertommen. Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eating Behaviors* 2 (2001) 263 - 272
- [71]. Turell, S. C, M. W. Armsworth. A log-linear analysis of variables associated with self-mutilation behaviours of women with histories of childhood sexual abuse. *Violence against Women*, vol. 9, no 4, p. 487-512, 2003.
- [72]. Albach, F. W. Everaerd. Posttraumatic stress symptoms in victims of childhood incest. *Psychotherapy and psychosomatics*, vol. 57, no 4, p. 143-151, 1992.

- [73]. Salina, D. D., L. M. Lesondak, L. A. Razzano, A. WEILBAECHER. Co-Occurring mental disorders among incarcerated women: preliminary findings from an integrated health treatment study. *Mental Health Issues in the Criminal Justice System*, p. 207–225, 2007.
- [74]. Weaver, T. L., K. M. Cahrd, M. B., Mechanic, J. C. Etzel. Self-Injurious behaviors, PTSD arousal, and general health complaints within a treatment-seeking sample of sexually abused women. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 19, no 5, p. 558–575, 2004.
- [75]. Laurence Claes, Walter Vandereycken .Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry* 48 (2007) 137 - 144.
- [76]. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatr* 1993; 44:134 - 4.
- [77]. Klonsky, E.D, A. Moyer. Childhood sexual abuse and non - suicidal self -injury: Meta- analysis. *British Journal of Psych iatry*, no 192, 166 - 170, 2008.
- [78]. Gößler R, Vesely C, Friedrich MH. Autocastration of a young schizophrenic man - Reflections of developmental psychopathology [Selbstkastration eines psychotischen Patienten - Eine entwicklungspsychopathologische Betrachtung]. *Psychiatr.Prax.* 2002;29(4):214-7.
- [79]. Daléry J. Schizophrénies et autres troubles psychotiques. In: Guelfi JD, Rouillon F, editors. *Manuel de psychiatrie*. Masson; 2007. p. 221-54.
- [80]. A. Dékou, D. Vé, A. Koffi, P.G. Konan, B. Kouamé, L. Badet, C. Vodi, K. Manzan et X. Martin : L'automutilation génitale : intérêt d'un avis psychiatrique dans la prise en charge urologique. *Service d'urologie, CHU Cocody, Abidjan, Côte-d'Ivoire*
- [81]. Claes, L, W. Vandereycken. Self - injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Compréhensive Psychiatry*, n o48, p. 137-144,2007.
- [82]. MONEY J.: Genital self-surgery. *J. Urol.*, 1980; 124: 210.

- [83]. Hervé Brissot, Bernar Bouby: Traitement chirurgical de l'obstruction urétrale. Le point vet N246–JUIN 2014
- [84]. BRIAN E. McGuire & S. NAZEER AHMED Genital self-mutilation: a literature review and case report. *Sexual and Marital Therapy, Vol. 13, No. 2, 1998*
- [85]. Koops E, Puschel K. [Self-mutilation and autophagia]. Arch Fur Kriminologie 1990; 186: 29±36
- [86]. Walter PJ, Krauss DJ, Nsouli IS. Repeat male genital selfmutilation precipitated by urinary complications of prior repair. J Urol 1993; 149: 1551±2
- [87]. Sanger JR, Matloub HS, Yousif NJ, Begun FP. Penile replantation after self-inflicted amputation. Ann Plastic Surg 1992; 29: 579±84
- [88]. Kohr RM. Suicide by chloroform ingestion following selfmutilation. Am J Forensic Med Pathol 1990; 11: 324±8
- [89]. A. Dékou^{1, 2}, D. Vé³, A. Koffi¹, P.G. Konan¹, B. Kouamé¹, L. Badet², C. Vodi¹, K. Manzan¹ et X. Martin²: L'automutilation génitale : intérêt d'un avis psychiatrique dans la prise en charge urologique. *Service d'urologie, CHU Cocody, Abidjan, Côte-d'Ivoire. Vol. 15, No. 3, 2009/227–232*
- [90]. Galleher EP, Kiser WS: Injuries of the corpus cavernosum. J Urol 85:949–953, 1961.
- [91]. Best JW, Angelo JJ, Milligan B: Complete traumatic amputation of the Penis. J Urol 87:134–138, 1962.
- [92]. Engleman ER, Polito G, Perley J, et al: Traumatic amputation of the penis. J Urol 112:774–778, 1974.
- [93]. Wandschneider G, Hellbom B, Pummer K, Primus G. Successful replantation of a totally amputated penis by using microvascular techniques. Urol Int 1990; 45: 177

- [94]TAMAÏ S., NAKAMURAY. MOTOMIYAY. : Micro-surgical replantation
Of completely amputated penis and scrotum: a case report. *Plast. Reconstr.*
- [95]. Hayhurst JW, O'Brien BM, Ishida H, et al: Experimental digital replantation after prolonged cooling. *Hand* 6 :134,1974
- [96].ALAO A.O., YOLLES J.C., HUSLANDER W.: Female genital self-mutilation.S. *Psychiatr. Serv.*, 1999; 50: 971.
- [97].
- [98].SCHEITZER I., ROSENBAUM M.B., SHARZER LA., STRAUCH B.: Liaison consultation psychiatry with patients who have replantation a surgery to the upper limb. *Aust. New Zeal. J. Psychiatr.*, 1986; 20: 38.
- [99].MARTIN T., GATTAR W.F.: Psychiatric aspects of male genital self-mutilation. *Psychopathology*, 1991; 24 :170-178.
- [99].Goldney RD, Simpson IG. Female genital self-mutilation, dysorexia and the hysterical personality: the Caenis Syndrome, *Can Psychiatr Assoc J.* 1975 Oct;20(6):435-41
- [100] Bogoras N. Uber die volle plastische wiederherstellung eines zum Koïtes fahigen Penis (penioplastica totalis). *Zentralbl Chir* 1936;63:1271.
- [101] Gillies HD, Harrison RJ. Congenital absence of the penis with embryological consideration. *Br J Plast Urol* 1948;1:8.
- [102] Chang TS, Hwang WY. Forearm flap in one-stage reconstruction of the penis. *Plast Reconstr Surg* 1984;74:251-8.
- [103] Song R, Gao Y, Song Y, Yu Y, Song Y. The forearm flap. *Clin*
- [104]. Giulio Garaffa, Vincenzo Gentile, Gabriele Antonini, Petros Tsafraquidis, Amr Abdel Raheem, David J. Ralph :Penile reconstruction in the male. Received 21 March 2013, Received in revised form 3 April 2013, Accepted 7 April 2013
Available online 13 June 2013

- [105] Hoebeke PB, Decaesteker K, Beysens M, Opdenakker Y, Lumen SM, Monstrey SM. Erectile implants in female-to-male-transsexuals: our experience in 129 patients. *Eur Urol* 2010;57:334-40.
- [106] Kamal MOUFID, Abdenbi JOUAL, Adil DEBBAGH, Saad BENNANI, Mohamed EL MRINI : L'automutilation génitale : à propos de 3 cas. *Progrès en Urologie* (2004), 14, 540-543
- [107]. KALIN N.H.: Genital and abdominal self-surgery. A case report. *JAMA*, 1979; 241: 2188-2189.
- [108]. MASTER V.A., MCANINCH J.W. : Penile replantation : current concepts. *J. Urol.*, 1985 ; 133 : 281-285.
- [109]. Vézina, C. Traitement de l'automutilation chez les personnalités limites. Aspects théoriques et stratégies cliniques. Mémoire de maîtrise 1998, Université Laval, Québec, Canada.
- [110]. T. Bigot Comportements d'automutilation : sens, détection et prise en charge
- [111]. Bateman, A., & Fonagy, P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. London 2004: Oxford.
- [112]. Simeon, D., & Hollander, E. *Self-Injurious behavior: Assessment and treatment*. Washington: American Psychiatry 2001.
- [113]. Muehlenkamp, J. Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 2006, 28, 166-185.
- [114]. Crowe, M., & Bunclark, J. Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 2000, 12, 48-53.
- [115]. Gratz, K.L. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotion inexpressivity, and affect intensity/reactivity », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 76, no 2, 238 - 250, 2006.

- [116] Evins SC, Whittle T, Rous SN. Self-emasculaton: review of the literature, report of a case and outline of the objectives of Management. *J Urol* 1977; 118: 775±6
- [117] Mendez R, Kiely WF, Morrow JW. Self-emasculaton. *J Urol* 1972; 107: 981±5
- [118]. Greilsheimer H, Groves JE. Male genital self-mutilation. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 441±6
- [119] Aboseif S, Gomez R, McAninch JW. Genital self-mutilation. *J Urol* 1993; 150: 1143±6
- [120] Waugh AC. Autocastration and biblical delusions in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 656±8
- [121]. Clark RA. Self-mutilation accompanying religious delusions: a case report and review. *J Clin Psychiatry* 1981; 42: 243±5
- [122]. Rana A, Johnson D. Sequential self castration and amputation of the penis. *Br J Urol* 1993; 71: 750
- [123]. Van Putten T, Fawzy FI. Sex conversion surgery in a man with severe gender dysphoria: a tragic outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 751±3
- [124]. CONTI G L'érection du pénis humain et ses bases morphologico-vasculaires. *Acta Anat.* 1952 ; 24 : 217-262
- [125]. BENSON G, McConnell JA, SCHMIDT WA Penile polster: functional structures or atherosclerotic changes. *J Urol* 1981 ; 125 : 800-803
- [126]. KOKOTAS NS, SCHMIDT RA, TANAGHO EA Motor innervation of the urinary tract studied by retrograde axonal transport of protein. *Invest Urol* 1978 ; 16 : 179-185
- [127]. ROOT WS, BARD P The mediation of feline erection through sympathetic pathways with some remarks on sexual behavior after deafferentation of the genitalia. *Am J Physiol* 1947 ; 151 : 80-82

- [128]. BENOIT G, QUILLARD J, MONOD P et coll. Identification histologique des afférences du plexus pelvien. *Prog Urol* 1991 ; 1 : 132
- [129]. McConnell J, BENSON GS, WOOD J Autonomic innervation of the mammalian penis: a histo-chemical and physiological study. *J Neurol Transm* 1979 ; 45 : 227-238
- [130]. CALABRISI P The nerve supply of the erectile cavernous tissue of the genitalia in the human embryo and fetus. *Anat Rec* 1956 ; 125 : 713-723
- [131]. POIRIER P, CHARPY A. Organes génito-urinaires. Paris. 1907 ; vol 5
- [132]. LATARJET A, BONNET P Le plexus hypogastrique chez l'homme. *Lyon Chir* 1913 ; 9 : 221-244
- [133]. DELMAS J, LAUX G. Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif. Masson. Paris. 1933
- [134]. BERGMAN B, NILSSON S, PETERSEN I The effect on erection and orgasm of cystectomy, prostatectomy and vesiculectomy for cancer of the bladder: a clinical and electromyographic study. *Br J Urol* 1979 ; 51 : 114-120
- [135]. DAIL WG, TRUJILLO D, De La ROSA D, WALTON G Autonomic innervation of reproductive organs : analysis of the neurons whose axons project in the main penile nerve in the pelvic plexus of the rat. *Anat Rec* 1989 ; 224 : 94-101
- [136]. LEPOR H, GREGERMAN M, CROSBY R, MOSTOFI FK, WALSH PC Precise localization of the autonomic nerves from the pelvic plexus to the corpora cavernosa : a detailed anatomical study of the adult male pelvis. *J Urol* 1985 ; 133 : 207-212
- [137]. LUE TF, ZEINEH SJ, SCHMIDT RA, TANAGHO EA Neuroanatomy of penile erection: its relevance to iatrogenic impotence. *J Urol* 1984 ; 131 : 273-280
- [138]. WALSH PC, DONKER PJ Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention. *J Urol* 1982 ; 128 : 492-497

- [139]. De GROAT WC, STEERS WD. Neuroanatomy and neurophysiology of penile erection. In: Tanagho EA, Lue TF, McClure TD eds. Contemporary management of impotence and infertility. Williams and Wilkins. Baltimore. 1988 ; chapt 1, pp 3-27
- [140]. BORS E, COMARR AE Neurological disturbance of sexual function with special reference to 529 patients with spinal cord injury. *Urol Surv* 1960 ; 10 : 191-222
- [141]. BENOIT G, DELMAS V, GILLOT C, JARDIN A The anatomy of erection. *Surg Radiol Anat* 1987 ; 9 : 263-272
- [142]. LERICHE R Des oblitérations artérielles hautes (oblitération de la terminaison de l'aorte) comme causes des insuffisances circulatoires des membres inférieurs. *Bull Mem Soc Chir (Paris)* 1923 ; 1 : 2404
- [143]. JUSKIEWENSKI S, VAYSSE Ph., MASCOVICI J, HAMMOUDI S, BRISSON E A study of the arterial blood supply to the penis. *Anat Clin* 1982 ; 4 : 101
- [144]. BREZA J, ABOSEIF SR, ORVIS BR, LUE TF, TANAGHO EA Detailed anatomy of penile neurovascular structures : surgical significance. *J Urol* 1989 ; 141 : 437-443
- [145]. WAGNER G, WILLIS EA, BRO-RASMUSSEN F, NIELSEN MM. New theory on the mechanism of erection involving hitherto undescribed vessels. *Lancet* 1982 ; 416
- [146]. NEWMAN HF, NORTHUP JD The mechanism of human penile erection: an overview. *Urology* 1981 ; 17 : 399-408
- [147]. Gérard Benoit, François Giuliano: Anatomie du pénis, des organes érectiles et de l'urètre Service d'urologie, laboratoire de chirurgie expérimentale, hôpital de Bicêtre, université Paris-Sud. 1993
- [148]. Laurent KARILA ET AL, Self-mutilation induced by cocaine, the pleasure of bleeding. *Presse Med.* 2007; 36: 235-7.

- [149]. Nakaya M. On Background Factors of Male Genital self-mutilation. *Psychopathology* 1996; 29 (4): 242-8.
- [150]. Rousselot Y. Le passage à l'acte autovulnérant. *Actualités Psychiatriques*, 1984, 8 : 45-50.
- [151]. Sherif AE, Renaldo GG, Aninch W. Genital Self-mutilation *J. Urol.*, 1993 ; 150 : 1143-6.
- [152]. M. Kamoun-Siala, F. Bellaaj-Lachtar, M. Dammak, O. Amami, A. Jarray, De la Dysérection à L'automutilation génitale (à propos d'un cas). *Annales Médico Psychologiques* 163 (2005) 588-594
- [153]. Greishmer H, Groves JE. Male genital self-mutilation, *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1979, 36: 441-6.
- [154]. Krasucki C, Kemp R. À case of female self-mutilation in schizophrénia, *Br. J. Med. Psychol.*, 1995; 68: 179-86.
- [155]. Mechri A., Zâafrane F., Ben Abid J., Skhiri T. Automutilation génitale chez L'homme : à propos de deux cas. Communication présentée au congrés de sexologie en Tunisie, 199.
- [156]. Vishal Mago, Male genital self-mutilation *Indian J Psychiatry*. 2011 Apr-Jun; 53(2): 168-169. Doi: [10.4103/0019-5545.82555](https://doi.org/10.4103/0019-5545.82555)
- [157]. STROCH D.: Self-castration. Letter to the Editor. *JAMA*, 1901 ; 36 : 270.
- [158]. Rajendra B. Nerli, Indupur R. Ravish, Shrishailsh S. Amarkhed, Ujjaini D. Manoranjan, Vikram Prabha, and Ashish Koura, Genital self-mutilation in nonpsychotic heterosexual males: Case report of two cases *Indian J Psychiatry*. 2008 Oct-Dec; 50(4): 285-287. doi:10.4103/0019-5545.44753
- [159]. Kamal MOUFID, Abdenbi JOUAL, Adil DEBBAGH, Saad BENNANI, Mohamed EL MRINI. L'automutilation génitale : à propos de 3 cas. *Progrès en Urologie* (2004), 14, 540-543.

- [160]. MILLANT R. : Sur l'état mental des skopty, Paris Medical, 1912 ; 28 : 115–119.
- [161]. MILLANT R. : Les eunuques à travers les âges. Vigot Frères, Paris 1908 : 24.
- [162]. MONEY J. Genital self–surgery. J. Urol., 1980; 124 : 210.
- [163]. WALTER P.J., KRAUSS D.J., NSOULI I.S.: Repeat male genital self–mutilation precipitated by urinary complication of prior repairs. J. Urol., 1993; 149: 1551–1552.
- [164]. A Ruffion, P Azam, A Leriche: Chirurgie plastique et reconstructrice de la verge. Encyclopédie Médico–Chirurgicale ; 2003, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. 45–686 – 41–478
- [165]. Gorea E, Lombard MC. The possible participation of a dopaminergic system in mutilating behavior in rats with forelimb deafferentation. Neurosci Lett. 1984; 48: 75–80.
- [166]. Blacker K, Wong N. Four case of autocastration, Arch Gen Psychiatry, 1963, 8 189.
- [167]. Favazza AR. The Coming of Age of Self–mutilation. J. Nerv. Ment. Dis. 1998 ; 186 (5) : 259–68.
- [168]. Jordan GH. Gilbert DA. Management of amputation injuries of the male genitalia, Urologics clinics of the North America, Vol 16, 2, 1989.
- [169]. Kaplan HI., Sadock BJ. Synopsis de psychiatrie : Sciences du comportement psychiatrie clinique (trad. fr. coordonnée par P. Louville), 8e éd., 1998.
- [170]. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F Borderline personality disorder, self–mutilation and suicide: literature review, Encephale. 2008 Oct;34(5):452–8. doi: 10.1016/j.encep.2007.10.007. Epub 2008 Feb 20.
- [171]. WAN S.P., SUDERDAHL D.W., BLIGHT E.M. Jr.: Non psychotic genital self–mutilation. Urology, 1985; 26: 2866–2887.

- [172]. ABOSEIF S., GUMEZ R., MC AMINCH J.W.: Genital self-mutilation. J. Urol., 1993; 150: 1143-1146.
- [173]. Genital self-mutilation in acute mania. LENNON S. Med J Aust. 1963 Jan 19;50(1):79-81
- [174] Laurent KARILA ET AL, Self-mutilation induced by cocaine, the pleasure of Bleeding. Presse Med. 2007; 36: 235-7.
- [175] Nakaya M. On Background Factors of Male Genital self-mutilation. Psychopathology 1996 ; 29 (4) : 242-8.
- [176] Rousselot Y. Le passage à l'acte autovulnérant. Actualités Psychiatriques, 1984, 8 : 45-50.
- [177]. Sherif AE, Renaldo GG, Aninch W. Génital Self mutilation J. Urol., 1993 ; 150 : 1143-6.
- [178]. M. Kamoun-Siala, F. Bellaaj-Lachtar, M. Dammak, O. Amami, A. Jarray, De la Dysérection à L'automutilation génitale (à propos d'un cas). Annales Médico Psychologiques 163 (2005) 588-594
- [179]. Greishmer H, Groves JE. Male genital self-mutilation, Arch. Gen. Psychiatr., 1989, 36: 441-6.
- [180]. Krasucki C, Kemp R. À case of female self-mutilation in schizophrenia, Br. J. Med. Psychol., 1995 ; 68 : 179-86.
- [181]. Mechri A., Zâafrane F., Ben Abid J., Skhiri T. Automutilation génitale chez l'homme : à propos de deux cas. Communication présentée au congrès de sexologie en Tunisie, 199.
- [182]. Vishal Mago, Male genital self-mutilation Indian J Psychiatry. 2011 Apr-Jun; 53(2): 168-169. Doi : 10.4103/0019-5545.82555
- [183]. Kamal MOUFID, Abdenbi JOUAL, Adil DEBBAGH, Saad BENNANI, Mohamed EL MRINI. L'automutilation génitale : à propos de 3 cas. Progrès en Urologie (2004), 14, 540-543.

- [184]. Favazza AR. The Coming of Age of Self-mutilation. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998; 186 (5): 259-68.
- [185]. Jordan GH. Gilbert DA. Management of amputation injuries of the male genitalia, *Urologics clinics of the North America*, Vol 16, 2, 1989.
- [186]. Kaplan HI., Sadock BJ. *Synopsis de psychiatrie : Sciences du comportement Psychiatrie clinique* (trad. fr. coordonnée par P. Louville), 8e éd., 1998.
- [187]. Blacker K, Wong N. Four case of autocastration, *Arch Gen Psychiatry*, 1963, 8: 189
- [188]. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abouabdellah T, Guelfi JD, Rouillam F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review. *Encephale*. 2008;34:452-8 2014
- [189]. SCHEITZER I., ROSENBAUM M.B., SHARZER LA., STRAUCH B.: Liaison Consultation psychiatry with patients who have replantation a surgery to the upper limb. *Aust. New Zeal. J. Psychiatr.*, 1986; 20: 38.
- [190]. WAN S.P., SUDERDAHL D.W., BLIGHT E.M. Jr.: Non-psychotic genital Self-mutilation. *Urology*, 1985; 26: 2866-2887.
- [191]. MARTIN T., GATTAR W.F.: Psychiatric aspects of male genital self-mutilation. *Psychopathology*, 1991; 24:170-178.
- [192]. Goldney RD, Simpson IG. Female genital self-mutilation, dysorexia and the Hysterical personality: the Caenis Syndrome, *Can Psychiatr Assoc J.* 1975 Oct; 20(6):435-41
- [193]. Genital self-mutilation in acute mania. LENNON S. *Med J Aust.* 1963 Jan 19; 50(1):79-81
- [194]. WALTER P.J., KRAUSS D.J., NSOULI I.S.: Repeat male genital self-mutilation Precipitated by urinary complication of prior repairs. *J. Urol.*, 1993; 149: 1551-1552.

- [195]. Bhattacharyya R, Sanyal D, Roy K. Case of Klingsor Syndrome: When There is no Longer Psychosis. *Isr J Psychiatry Relat Sci* – Vol 48 – No.1 (2011).
- [196]. A Ruffion, P Azam, A Leriche : Chirurgie plastique et reconstructrice de la Verge. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* ; 2003, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. 45-686 – 41-478
- [197]. Aboseif S, Gumez R, Mc Aminch JW. Genital self-mutilation. *J Urol* 1993; 150:1143—6.
- [198]. Dékou A, Vé D, Koffi A, et al. L'automutilation génitale : intérêt d'un avis psychiatrique dans la prise en charge urologique. *Afr J Urol* 2009; 15(3):227—32.
- [199]. Oumaya M, Friedman S, Pham A, et al. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. [Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature]. *Encephale* 2008 ; 34(5):452—8.
- [200]. Greilsheimer H, Groves JE. Male genital self-mutilation. *Arch Gen Psychiatr* 1979; 36:441
- [201]. Kamoun-Siala M, Bellaaj-LachtarF, Dammak M. De la dysérection à l'automutilation génitale (à propos d'un cas). *Ann Med Psychol* 2005; 163:588—94
- [202]. Israel JA, Lee K. Amphetamine usage and genital self-mutilation. *Addiction* 2002; 97:1215—8.
- [203]. Lennon S. Genital self-mutilation in acute mania. *Med J Aust* 1963; 50:79.
- [204]. Carney MWP, Brozovic M. Self-inflicted bleeding and bruising. *Lancet* 1978; 4:924—5.
- [205]. Myers WC, Nguyen M. Autocastration as a presenting sign of incipient schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2001; 52(5):685-691. Doi: 10.1176/appi.ps.52.5.685.

- [206]. Israel JA, Lee K. Amphetamine usage and genital self-mutilation. *Addiction*. 2002; 97(9):1215–1223. Doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00230.x
- [207]. Murphy D, Murphy M, Grainger R. Self-castration. *Ir J Med Sci*. 2001; 170(3):195. Doi: 10.1007/BF03173890.
- [208]. Nakaya M. On background factors of male genital self-mutilation. *Psychopathology*. 1996; 29(4):242–250. doi: 10.1159/000285000.
- [209]. Starr DL. Understanding those who self-mutilate. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004; 42(6):32–38.
- [210]. Cavanaugh RM. Self-mutilation as a manifestation of sexual abuse in adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2002; 15(2):97–100. Doi: 10.1016/S1083-3188(01)00151-6.
- [211]. Linszen D, van Amelsvoort T. Cannabis and psychosis: an update on course and biological plausible mechanisms. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20(2):116–120. Doi: 10.1097/YCO.0b013e32803577fb
- [212]. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(10):1642–1652. Doi: 10.1176/appi.ajp.159.10.1642.
- [216]. van Moffaert MM. Integration of medical and psychiatric management in self-mutilation. *Gen Hosp Psychiatry*. 1991; 13(1):59–67. Doi: 10.1016/0163-8343(91)90010-T.
- [217]. Goldstein M, Kuga S, Kusano N, Meller E, Dancis J, Schwarcz R. Dopamine agonist induced self-mutilative biting behavior in monkeys with unilateral ventromedial tegmental lesions of the brainstem: possible pharmacological model for Lesch-Nyhan syndrome. *Brain Res*. 1986; 36(1–2):114–120.
- [218]. Virkkunen M, Rawlings R, Tokola R, Poland RE, Guidotti A, Nemeroff C, Bissette G, Kalogeras K, Karonen SL, Linnoila M. CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51(1):20–27.

الإصابة الذاتية للأعضاء التناسلية الخارجية

(بصدد 8 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2020/07/01

من طرف

السيد سفيان صالح

المزداد في 1989 /01/01 بصفرو

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

إيذاء النفس - الجهاز التناسلي - قضيب - خصيتين - اضطراب عقلي

اللجنة

الرئيس والمشرف

الأعضاء

عضو مشارك

..... السيد مولاي حسن فريح
أستاذ في علم أمراض المسالك البولية
..... السيد ملاس سفيان
أستاذ في علم التشريح
..... السيد تازي محمد فضل
أستاذ في علم أمراض المسالك البولية
..... السيد جلال الدين العماري
أستاذ في علم أمراض المسالك البولية
..... السيد مصطفى احسانني
أستاذ مساعد في علم أمراض المسالك البولية